

Entwicklung eines Meßinstrumentes zur Erfassung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker: die Braunschweiger Merkmalsliste (BML)

Von der Gemeinsamen Naturwissenschaftlichen Fakultät
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina
zu Braunschweig

zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

genehmigte
D i s s e r t a t i o n

von Dipl.-Psych. Thomas Hilge
aus Duisburg

1. Referent: Prof. Dr. Wolfgang Schulz

2. Referent: Priv.-Doz. Dr. Dirk R. Schwoon

eingereicht am: 21.10.1997

mündliche Prüfung am: 06.06.1998
1998

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich allen danken, die an der Entstehung dieser Arbeit beteiligt waren. Allen voran Herrn Professor Dr. Wolfgang Schulz für die Betreuung unter z. T. sehr unkonventionellen Umständen sowie Herrn Privatdozent Dr. Dirk R. Schwoon für seine Bereitschaft zur Begutachtung. Des weiteren bedanke ich mich bei der Projektleitung des Projektes *C 2 Bestands- und Bedarfsanalyse der kommunalen Versorgung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker* des Forschungsverbundes Public Health der Universität Bielefeld, Herrn Professor Dr. Günter Albrecht, Herrn Dr. Niels Pörksen, Herrn Dr. Axel Groenemeyer und Herrn Dipl.-Psych. Günter Wienberg für die Überlassung der Projektdaten zum Zwecke der Promotion. Mein Dank gilt zudem der Projektgruppe der Klinik GILEAD IV, insbesondere Herrn Dipl.-Psych. Theo Wessel.

Ohne die Kooperationsbereitschaft und den Einsatz einer Vielzahl ärztlicher, sozialpädagogischer und psychologischer Kolleginnen und Kollegen in den verschiedenen Behandlungseinrichtungen in Bielefeld, Bochum, Merxhausen und Bad Rehburg wäre das Datenmaterial für die vorliegende Arbeit nicht zustandegekommen. Stellvertretend für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieser Institutionen, die mir bei der Datenerhebung geholfen haben, möchte ich mich bei den Leitern der jeweiligen Einrichtungen bedanken. Es sind dies: Herr Dr. Gerhard Genin (Sozialpsychiatrischer Dienst, Gesundheitsamt der Stadt Bielefeld), Herr Dr. Manfred Jankowsky (Krankenhaus Mara II, v. Bodelschwingsche-Anstalten Bethel [vBAB]), Herr Professor Dr. Ulrich Junge (Städtische Krankenanstalten Rosenhöhe, Innere Abteilung), Herr Dr. Thomas Redecker (Klinik am Hellweg, Oerlinghausen), Herr Wolfgang Beine (Sozialarbeiter, Fachkrankenhaus Fichtenhof, Heime Friedrichshütte und Mühlgrund vBAB), Herr Wilfried Marx (Sozialarbeiter, Sozialdienst vBAB), Herr Professor Dr. Heinrich Kunze (Psychiatrisches Krankenhaus Merxhausen), Herr Eckhard Sundermann (Dipl.-Psych., Diakonisches Werk Bochum), Herr Rüdiger Klein (Dipl.-Psych., Lebensräume e.V. Bielefeld) und Herr Professor Dr. Andreas Spengler (Niedersächsisches Landeskrankenhaus Wunstorf).

Last but not least danke ich meiner Freundin, Annette Müller, für ihr Verständnis für meine Arbeit und den Verzicht auf viele gemeinsame Stunden.

Magdeburg, den 6. Oktober 1997

Thomas Hilge

I.	EINLEITUNG	1
II.	PROBLEMHINTERGRUND.....	3
1.	Historische Betrachtung.....	3
2.	Alkoholabhängigkeit und ihre Folgen.....	10
2.1	Begriffsbestimmung der Abhängigkeit.....	10
2.2	Verfahren zur Diagnose von Alkoholabhängigkeit	14
2.3	Epidemiologie	17
2.4	Alkoholbezogene Folgeschäden	20
2.4.1	Soziale Folgen.....	21
2.4.2	Psychische und psychiatrische Folgen.....	24
2.4.3	Körperliche Folgen	36
2.5	Verfahren zur Erhebung von Alkoholfolgeschäden.....	43
3.	Prädiktorenforschung.....	45
4.	Versorgung Alkoholkranker	51
4.1	Behandlungsprävalenz	51
4.2	Versorgungsmängel	56
5.	Forschungsstand zu chronischer Mehrfachschädigung Alkoholkranker	60
5.1	Ansätze aus der Praxis	61
5.2	Operationalisierungsansätze.....	64
III.	PROBLEMSTELLUNG.....	70
IV.	METHODIK.....	72
6.	Untersuchungsaufbau und Auswertungsmethoden.....	72
7.	Stichprobenrekrutierung.....	73
8.	Voruntersuchung.....	74
9.	Untersuchungsdurchführung.....	77
9.1	Datenaufbereitung der Konstruktionsstichprobe	79
9.2	Datenaufbereitung der Validierungsstichproben	81
V.	ERGEBNISSE	83
10.	Instrumentenentwicklung.....	83
10.1	Stichprobenbeschreibung der Konstruktionsstichprobe.....	83
10.2	Häufigkeitsverteilung der Fragebogenitems	85
10.3	Itemanalyse	90
10.4	Itemauswahl	91
10.5	Bestimmung des Trennwertes.....	93
11.	Kreuzvalidierung.....	98
11.1	Merxhausen.....	98
11.2	Bad Rehbürg	107
12.	Konstruktions- und Validierungsstichproben in Übersicht.....	117

13.	Reliabilität.....	122
14.	Einzelprofile chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker.....	124
VI.	DISKUSSION.....	131
VII.	ZUSAMMENFASSUNG	145
VIII.	LITERATUR.....	148
IX.	ANHANG.....	170

I. EINLEITUNG

Alkoholabhängigkeit ist eines der gravierendsten sozialmedizinischen Probleme in den Industrienationen. Ein Indikator für das Ausmaß des Problems ist die Verbreitung des Alkoholkonsums. Hinsichtlich des Pro-Kopf-Verbrauchs reinen Alkohols nahm das vereinte Deutschland - trotz leicht rückläufiger Tendenz - 1995 mit 11,2 l (Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, 1996) noch immer einen Spitzenplatz im internationalen Vergleich ein. Umgerechnet auf die Bundesbürger ab 15 Jahren und unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Konsummuster errechnete die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) "einen durchschnittlichen Konsum von 54,5 g Alkohol für die ca. 32,6 Mio. Männer ab 15 Jahren ... und 20,2 g für die ca. 35,3 Mio. Frauen" (DHS, 1996, S. 17). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt als Grenzwerte der Gesundheitsgefährdung einen täglichen Alkoholkonsum von 40 g reinen Alkohols für Männer und von 20 g für Frauen an. Nach einer Repräsentativerhebung lag 1995 "etwa jeder sechste Mann im Westen und jeder fünfte Mann im Osten über der kritischen Grenze. ... Die für Frauen kritische Grenze von 20 Gramm überschreitet etwa jede zehnte Frau" (Simon, Tauscher & Gessler, 1997, S. 102).

Neben diesen Angaben zum Mißbrauch von Alkohol drückt sich das Ausmaß des Alkoholproblems am deutlichsten in der Zahl der Alkoholabhängigen aus. Unter ihnen gibt es eine Gruppe *chronisch mehrfach Geschädigter*, die besonders schwere und langjährige Krankheitsverläufe aufweisen und deren Behandlung vielfältige Fragen aufwirft.

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist diese Untergruppe der Alkoholkranken und ihre spezifischen Merkmale. Obwohl die meisten Praktiker im Suchtbereich Erfahrungen mit *chronisch mehrfach geschädigten Alkoholkranken* haben, wurden bislang kaum Versuche unternommen, diese Gruppe systematisch zu beschreiben. Ziel der vorliegenden Dissertation ist es, dieses Versäumnis durch die Entwicklung eines Instrumentes zur Erfassung *chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker* auszuräumen.

Die Darstellung des Problemhintergrundes der Arbeit beginnt in Abschnitt II, Kapitel 1 mit einer historischen Betrachtung über den Umgang mit Alkohol. Daran anschließend wird die Entwicklung des Abhängigkeitskonzeptes in Kapitel 2 beschrieben. Neben der aktuellen Definition des Abhängigkeitssyndroms werden Verfahren zur Diagnose einer Alkoholabhängigkeit sowie die Verbreitung des Alkoholismus in der Allgemeinbevölkerung dargestellt. Des weiteren werden soziale, psychisch/psychiatrische und körperliche Alkoholfolgen aufgeführt sowie Verfahren zu ihrer Erhebung. In Kapitel 3 werden die wichtigsten Befunde der Prädiktorenforschung referiert. Anschließend werden in Kapitel 4 die Versorgungsprävalenz von Alkoholkranken und bestehende Versorgungsmängel beschrieben. Den Abschluß dieses Abschnitts bildet die Zusammenstellung des Forschungsstandes zu chronischer Mehrfachschädigung bei Alkoholkranken (Kapitel 5).

Anschließend wird die genaue Problemstellung der Arbeit und ihre Zielstellung in Abschnitt III dargestellt. Das methodische Vorgehen wird in Abschnitt IV mit den Kapiteln 6-9 beschrieben. Kapitel 6 beinhaltet die Beschreibung des Untersuchungsaufbaus und der Auswertungsmethoden. Es folgen die Darstellung der Stichprobenrekrutierung (Kapitel 7), der Voruntersuchung (Kapitel 8) und der Untersuchungsdurchführung (Kapitel 9). Danach beginnt in Abschnitt V, Kapitel 10 die Darstellung der Instrumentenentwicklung mit der Beschreibung der Konstruktionsstichprobe (Kapitel 10.1), der Häufigkeitsverteilung der Fragebogenitems (Kapitel 10.2), der Itemanalyse (Kapitel 10.3) und -auswahl (Kapitel 10.4) sowie der Bestimmung des Trennwertes zur Definition chronisch mehrfach Geschädigter (Kapitel 10.5). In Kapitel 11 wird die Kreuzvalidierung des entwickelten Instrumentes dargestellt. In Kapitel 12 sind die wichtigsten Befunde der Konstruktion und der Kreuzvalidierung noch einmal im Überblick aufgeführt. Darauf folgen erste Ergebnisse zur Reliabilität des Instrumentes (Kapitel 13) und eine Beschreibung der Einzelprofile chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker (Kapitel 14). Die Arbeit endet mit der Diskussion der gefundenen Ergebnisse in Abschnitt V und der Zusammenfassung in Abschnitt VI.

II. PROBLEMHINTERGRUND

1. Historische Betrachtung

Der Konsum von Alkohol ist - unabhängig von der Kultur - ein jahrtausendealtes Phänomen. Man nimmt an, daß die ersten Rebsorten für die Weinherstellung aus Afghanistan über Mesopotamien nach Ägypten gelangten. Die Herstellung von Bier aus Getreide und Datteln war bereits bei den Sumerern und Akkadern verbreitet (Schmidt, 1993). Aufgrund der chemischen Prozesse der Hefegärung stand die Biererzeugung oft in unmittelbarem Zusammenhang mit der Herstellung von Brot. In Ägypten war seit ca. 3.000 v. Chr. sowohl die Herstellung von Bier als auch von Wein bekannt. Aufgrund der großen Getreidevorkommen des Landes war vor allem der Genuß von Gerstenbier verbreitet, während der Weinkonsum vorwiegend der Oberschicht vorbehalten war (v. Cranach, 1982). Die Griechen übernahmen dieses Wissen und kannten seit der mykenischen Kultur (ca. 2.000 v. Chr.) Herstellung und Genuß von Wein. Ihr Umgang mit Alkohol scheint widersprüchlich. Der griechische Dichter Hesoid bezeichnet um ca. 700 v. Chr. Trauben als "Gaben des vielerfreuenden Dionysos": "Wer zur Genüge trinkt, dem regt sich der Wein rasend, er fesselt ihm Füße, Hände, Zunge und Verstand mit ungeheuren Fesseln; es umfängt ihn aber lieblicher Schlaf" (zitiert nach Preiser, 1982, S. 512). Platon dagegen empfiehlt im zweiten Buch seiner «Gesetze» einen mäßigeren Umgang mit Wein. Unter erzieherischem Blickwinkel schlägt er vor: "Knaben bis zum 18. Lebensjahr sollen überhaupt keinen Wein kosten, danach maßvoll bis zum 30., wobei es aber nie bis zum Rausch und zur Vieltrinkerei kommen soll. Wenn sie aber auf die 40 Jahre zugehen, mögen sie an den gemeinsamen Mahlzeiten teilnehmen und sich Wein schmecken lassen" (zitiert nach Preiser, 1982, S. 519). Zu dieser Zeit gibt es kaum Anhaltspunkte für die Existenz von Alkoholabhängigkeit (Ladewig, 1996).

Die Vorliebe für den Wein als Genußmittel und zeremonielles Getränk bleibt auch beim Aufstieg des römischen Reiches erhalten. Offenbar übertrafen die Römer die Griechen hinsichtlich ihrer Unmäßigkeit aber bei weitem. Bacchische Orgien - die römische Variante der griechischen Dionysosmysterien - nahmen im 2. Jahrhundert v. Chr. solch ein Ausmaß an, daß der römische Senat ein Gesetz zur Verfolgung und Vernichtung der Bacchanalienanhänger erließ. Cicero soll das Unmaß seiner Landsleute beim Bankett mit der Schlacht von Cannae verglichen haben (Ladewig, 1996).

Ähnlich übermäßig scheint auch der Umgang der Germanen mit Alkohol gewesen zu sein: "Wollte man ihnen, ihrer Trunksucht nachgebend, verschaffen, soviel sie wollen, so könnte man sie leichter durch ihr Laster als mit Waffen besiegen" (Tacitus, 98/1971, S. 18). Vergorene Getränke dienten als Medium, um Gemeinschaften bei archaischen Gelagen den Übergang vom profanen Alltag in heilige Sphären zu ermöglichen (Spode, 1993). Die enthemmende Wirkung des Alkohols war allerdings durch sozio-kulturelle Riten und Regeln

begrenzt. "Ohne in die ehernen Rituale des Zutrinkens und Bescheidtuns eingebunden zu sein, wären vergorene Getränke eine Bedrohung für den Bestand der Stammesgemeinschaft. Berausung ist daher nur innerhalb des festen Reglements ein geachtetes, sinnvolles Tun" (Spode, 1993, S. 23).

Mit dem aufstrebenden Christentum wird Wein - in seiner symbolischen Bedeutung als Blut Christi - zur eindeutigen Sakraldroge (Legnaro, 1982). Die rauschablehnenden Züge des jüdischen Glaubens und des frühen Christentums stoßen daher in Nord- und Mitteleuropa auf völlig entgegengesetzte Lebensweisen, "die geprägt [sind] durch die rauschhafte Freude beim sakralen Gelage: Der Met ist heilig, weil in ihm das Heil wohnt, und die Droge eine zwischen Gottheit und der Kulturgemeinschaft mittelnde Erfahrung schafft" (Legnaro, 1982, S. 107). Es ist daher nicht verwunderlich, daß sich auch im Mittelalter keine abstinente Lebensweise entwickelt. Vor allem Bier fungiert wegen seines hohen Kaloriengehaltes als weitverbreitetes Nahrungsmittel und ist zudem in den neu entstehenden Städten oft sauberer als Trinkwasser. Wassertrinken ist zu jener Zeit ein Zeichen der Armut.

"Der Rausch ist im Mittelalter noch ein selbstverständlicher Bewußtseinszustand" (Ladewig, 1996, S. 15). Der "Kampf gegen die Trunkenheit" beginnt mit der Heidenmission der christlichen Kirche. "Der mit der Christianisierung einhergehende Angriff auf die Reste der germanischen Stammesgesellschaft ... galt von Anbeginn dem archaischen Trinkgelage. Dessen sakraler Charakter war den Missionaren nicht entgangen und mußte ihren Zorn herausfordern. ... Bier, als bevorzugter kultischer Trank, ... und die Benutzung des Trinkhorns wurde den Getauften untersagt" (Spode, 1993, S. 48). Trunkenheit wird als *Todsünde* gebrandmarkt, der eine Reihe weiterer Sünden wie Unkeuschheit, Totschlag etc. entspringen. Trotz hoher Strafen ist dem exzessiven Alkoholkonsum der Bevölkerung im Mittelalter nicht beizukommen. Dies um so weniger als die Klöster selbst häufig Produktionsstätten für Alkoholika sind, und der (hohe) Klerus mit seinem Lebenswandel oftmals als schlechtes Beispiel dient.

Im 16. Jahrhundert erhalten die Mäßigkeitsbestrebungen der Kirche neue Mitstreiter in Person der protestantischen Reformatoren. Allen voran zieht Martin Luther in Streitschriften wie "Wider Hans Worst" 1541 gegen den Saufteufel zu Felde. Aber auch diese Bestrebungen der vorindustriellen Zeit wirken auf die breite Masse der Bevölkerung nicht verhaltensändernd. Dies ändert sich mit der Aufklärung und der zunehmenden Ausbreitung französisch geprägter, höfischer Kultur. *Vernunft* und *Nüchternheit* werden zu Leitmotiven der aufsteigenden Gesellschaftschicht. Mit den gesellschaftlichen Umwälzungen gehen Verhaltensänderungen wie Gewaltverzicht, Selbstbeherrschung und Differenzierung der Sitten einher (Elias, 1980) - Entwicklungen, die auch hinsichtlich der Trinkgewohnheiten, den alten, kirchlichen Mäßigungsbestrebungen neuen Aufwind geben. Gelten solche Ver-

haltensänderungen zunächst nur für die oberen Schichten der Gesellschaft, so werden sie in der Folge zunehmend bedeutsam und bestimmend für die allgemeine Etikette. "Der Mensch der Frühen Neuzeit lernte sich Sorgen zu machen, zu gehorchen, zu lesen und zu schreiben - und er verdiente Geld, dieses höchst abstrakte Äquivalent für die konkrete Vielfalt der Dinge" (Spode, 1993, S. 79).

Eine in Hinblick auf den Alkoholismus tiefgreifendere Auswirkung als die Courtoisie der europäischen Adelshäuser bringt aber die Industrialisierung mit ihren technischen und wirtschaftlichen Neuerungen mit sich. Durch sie findet Alkohol erstmals in konzentrierter, hochprozentiger Form und überaus billig produzierbar seine Verbreitung. Als Branntwein, bis zum 17. Jahrhundert nur als Therapeutikum verwendet, macht er im 18. Jahrhundert den traditionellen sozio-kulturellen Trinkgewohnheiten den Garaus. "Die Verzehnfachung des Alkoholgehaltes [da durch Destillation gewonnen] gegenüber dem traditionellen Bier bedeutet, daß der Mensch sich nun mit einem Zehntel der Getränkmenge berauschen kann, die bisher notwendig war, oder daß er den Vollrausch in einem Zehntel der bisher dazu notwendigen Zeit erreicht" (Schivelbusch, 1980, S. 165). Der Branntweinkonsum schnellte in England um die Mitte des 18. Jahrhunderts sprunghaft in die Höhe und führt unter den entwurzelten Landflüchtlingen in den englischen Großstädten zu Alkoholexzessen unbekannten Ausmaßes (Gin-Epidemien). Die überlieferten Trinkrituale verlieren in diesem Szenario ihre soziale Bindungskraft. Die Entwicklung von *Suchtmittelabhängigkeit* in unserem heutigen Verständnis tritt zum ersten Mal in epidemischem Umfang auf.

Eine Gesellschaft mit zunehmender Differenzierung und wachsenden Abhängigkeiten wird anfälliger für Normabweichungen z. B. in Form von massenhaften Alkoholexzessen. Normverletzungen dieser Art beginnen zum gesellschaftlichen Problem zu werden, auf das mit Kriminalisierung und Strafe geantwortet wird. Firmierte Trunkenheit im Mittelalter noch unter *Sünde*, so wird Trunksucht nun zur Störung der Ordnung. Der Trinker dokumentiert durch sein Suchtverhalten individuelle *Charakter-* und *Willensschwäche* und begeht ein *Verbrechen* an der Allgemeinheit. Diese Auffassung verliert nur langsam im Zuge der Medikalisierung des Problems an Einfluß.

Mit der Zunahme des Elendsalkoholismus und den wissenschaftlichen Erfolgen der Medizin entstehen erste medizinische Abhandlungen über die Alkoholabhängigkeit. Zu den wichtigsten Protagonisten gehören der amerikanische Arzt Benjamin Rush (1790), der Engländer Thomas Trotter (1804) und Carl v. Brühl-Cramer (1819) in Deutschland, die u. a. die wichtige Wende vom moralischen Laster zur Krankheitsauffassung der Alkoholabhängigkeit vollziehen. Der schwedische Arzt Magnus Huss beschreibt 1852 Alkoholabhängigkeit als selbständiges Krankheitsbild und prägt den Begriff "*Alcoholismus chronicus*". Als prädisponierende Faktoren sieht er die sozialen Lebensbedingungen wie Wohnung und Gewerbe an, genetische Erklärungen lehnt er dagegen ab. Die vorrangige Erscheinung als

Elendsalkoholismus begünstigt psycho-soziale Erklärungsmodelle. In dieser Betrachtungsweise wird der 'Trinker' erstmals als 'Opfer' seiner Alkoholkrankheit gesehen und von individueller Schuld entlastet.

Durch die zunehmenden Interdependenzgeflechte in den aufstrebenden Industrienationen steigen die Anforderungen an die sozialen Verhaltensweisen des Einzelnen. Der Umgang mit Alkohol und die Alkoholfrage werden zum gesellschaftlichen Thema. "Im störanfälligen 'Organismus' der modernen Fabrik war die 'Alkoholfrage' entstanden, hier zeigte sich der Zwang zur Nüchternheit am deutlichsten" (Spode, 1993, S. 133). Die Fokussierung auf betriebliche Folgen des Alkoholismus weicht zunehmend physiologischen und psychopathologischen Untersuchungen. Die Haltung der psychiatrischen Fachrichtung gegenüber dem Problem bleibt allerdings ablehnend. Schwoon (1992) zitiert den Direktor des Landeskrankenhauses Düsseldorf Grafenberg, Pelmann, aus dem Jahr 1885 wie folgt:

Wir haben eine gewisse Zahl von ihnen [Alkoholkranken] aufgenommen, aber wir sollten es nicht tun. Sie können nicht geheilt werden. Sie sind die unangenehmsten Patienten. Der Psychiater braucht viel Zeit und Beherrschung, um Gleichmut zu bewahren gegenüber solcher Mischung aus Eitelkeit, Charakterschwäche, Lügen und Widerstand. (S. 171)

Antons und Schulz (1981) vermuten die ablehnende Haltung im Engagement führender Psychiater wie Forel, Bleuler und Kraepelin in der Abstinenz- und Temperenzbewegung und deren geringen Beachtung sozialer Ursachen des Alkoholismus. Spode (1993) hingegen betont die Einflüsse sozialdarwinistischer Selektionsmechanismen und der degenerationstheoretischen Lehren des französischen Irrenarztes Auguste Benedicte Forel auf die Entwicklung des jungen Fachgebietes Psychiatrie und seiner Sichtweise vom Alkoholismus. "Der Trinker sei eine 'arge Pestbeule an unserem gesellschaftlichen Körper', der fahrlässig die 'Entartung der Nachkommenschaft' in Kauf nehme; den Folgen seiner 'sexuellen Exzesse' sei durch strenge 'Zuchtwahl' bei der Heirat entgegenzuwirken" (Spode, 1993, S. 137). Als Ursache der 'Entartung' wurde zum einen die irreversible Schädigung der elterlichen Erbsubstanz durch chronischen Alkoholkonsum und zum anderen die reversible Schädigung der Erbsubstanz durch akute Alkoholvergiftung angesehen (Finzen, 1985). Für Vogt (1984) standen hinter dieser Sichtweise der Psychiatrie politische Repressionsmotive im Zusammenhang mit dem Klassenkampf des vorigen Jahrhunderts. Der Arbeiterklasse, die stark unter Alkoholmißbrauch litt, sollte nach Auffassung der Autorin wissenschaftlich Minderwertigkeit attestiert werden, um ihr im Konflikt um gesellschaftliche Teilhabe politische Gleichheit und Mitsprache vorzuenthalten. "Engels war der erste, der die Ansicht vertrat, daß Industriearbeiter zum Trinken getrieben wurden, vor allem wegen ihrer beschwerlichen Arbeitszeiten sowie ihrer extrem schlechten Lebensbedingungen (Reulecke & Weber, 1978), die zusammengekommen stark zu einer allgemeinen Stimmungsver schlechterung beitrugen, welche wiederum nur durch ein extrem potentes Stimulans wie Alkohol behoben werden konnte. In seiner Sicht half Alkohol ihnen, den bitteren Realität-

ten ihres Lebens für ein paar Stunden zu entfliehen. ... Aber sie hatten für diese vorübergehende Abschwächung ihrer schlechten Stimmung mit dem Ruin ihrer Gesundheit weit über die Nachwirkungen eines Alkoholexzesses hinaus zu zahlen, was sie anfälliger für Krankheiten machte, die in den Armenvierteln des 19. Jahrhunderts weit verbreitet waren, wie Tuberkulose, Typhus und Cholera" (Vogt, 1984, S. 558 [Übers. d. Verf.]). Den Höhepunkt findet die Alkoholismus-Entartungs-Hypothese in den Zwangssterilisationen und -internierungen von Alkoholkranken in Konzentrationslagern des Dritten Reiches (Hüllemann, 1983; Blasius, 1986).

Parallel zum wissenschaftlichen Diskurs gründen sich im 19. Jahrhundert - vor allem in den USA - *Mäßigkeits-* oder *Temperenzverbände*, die den grassierenden Rumkonsum unter den amerikanischen Siedlern einzuschränken trachten. Ihr politisches Ziel - die Ächtung der Droge Alkohol - wird 1919 mit der gesetzlichen Verankerung einer Prohibition bis 1933 durchgesetzt. In Deutschland und Amerika entstehen spezielle Einrichtungen zur Behandlung von Alkoholikern, die *Trinkerheilanstalten*, deren primäres Behandlungsziel die Abstinenz ist. In Lintdorf bei Düsseldorf wird 1879 die erste *Trinkerheilstätte* Deutschlands eröffnet (Lindenmeyer, 1996). Die Behandlung von Alkoholikern findet in diesen Einrichtungen offenbar selten durch Ärzte statt. Als entscheidend gilt vielmehr "die eigentliche heilsame Beeinflussung durch Geistliche Hausväter, Angestellte kirchlicher Organisationen" (Fränkel, 1931 zitiert nach Arend, 1994, S. 8). 1914 existieren in Deutschland 54 Trinkerheilanstalten. 1915 wird die Trunksucht als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) anerkannt.

Einen wesentlichen Anstoß für die weitere Entwicklung im Suchtbereich bringen die Entstehung von Selbsthilfegruppen wie den *Anonymen Alkoholikern* (AA) in den 30er Jahren unseres Jahrhunderts in den USA und die zunehmende, wissenschaftliche Beachtung der Alkoholabhängigkeit durch Forschungsprojekte amerikanischer Elitehochschulen. Eine zentrale Rolle bei der Erarbeitung eines Krankheitskonzeptes der Alkoholabhängigkeit spielt der Amerikaner Elvin Jellinek. Er entwickelt in den 40er Jahren auf der Grundlage von Befragungen von 2.000 Mitgliedern der AA ein Phasenmodell des Alkoholismus. Einige Jahre später entsteht seine Typologie des Alkoholismus mit den (Ideal-) Typen *Alpha*, *Beta*, *Gamma*, *Delta*, *Epsilon* (Jellinek, 1946, 1952). Krankheitswert schreibt Jellinek nur zwei Trinktypen zu:

- zum einen dem *Gamma-Alkoholiker*, der sich durch übermäßiges Trinken mit Alkoholtoleranz, Entzugerscheinungen, schwankender Alkoholfuhr und ausgeprägtem Kontrollverlust auszeichnet, und den er als charakteristisch für angelsächsische Länder betrachtet
- zum anderen dem *Delta-Trinker*, der zwar auch übermäßig, aber gleichmäßiger Alkohol trinkt, ebenfalls Alkoholtoleranz und Entzugerscheinungen zeigt, aber an keinem

Kontrollverlust, dafür aber an der Unfähigkeit zur Abstinenz leidet, und den Jellinek als charakteristisch für die romanischen Weinanbauländer betrachtet.

Obwohl seine Arbeiten entscheidend für die Definition des Alkoholismus sind (Jellinek, 1960), findet sich ein zentrales Element seines Krankheitskonzeptes - der *Kontrollverlust* - in der ersten Alkoholismusdefinition der WHO im Jahr 1952 nicht wieder. Die WHO betrachtet zu dieser Zeit als Alkoholiker jene "exzessiven Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutliche geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder die die Prodrome einer solchen Entwicklung zeigen" (zitiert nach Feuerlein, 1984, S. 6).

Die Konzeptionierung des Alkoholismus als Krankheit ist von enormer gesundheitspolitischer Bedeutung. Zum einen wird die Thematik damit aus dem religiös-moralischen Bereich herausgelöst und zum Gegenstand rationaler Betrachtung. Zum zweiten wird das Verständnis für die Alkoholabhängigkeit durch die Aufmerksamkeit der Medizin intensiviert. Und zum dritten werden durch die Krankheitsauffassung erstmals Ärzte und Gesundheitsinstitutionen fachlich begründet dazu verpflichtet, Alkoholabhängigen eine adäquate Behandlung zu gewähren (Antons & Schulz, 1981). Es entsteht eine gesellschaftliche (soziale) Verantwortung für die Behandlung alkoholkranker Menschen.

Neben dem gesellschaftspolitischen Erfolg, den die Anerkennung als Krankheit bedeutet, intensiviert sich die fachliche Diskussion um das Krankheitskonzept der Alkoholabhängigkeit. Dabei stehen sich stark vereinfacht zwei Auffassungen - das medizinische und das psycho-soziale Modell - gegenüber. Das klassisch medizinische Krankheitsmodell des 19. Jahrhunderts faßt Alkoholismus als psychiatrische Krankheitseinheit auf, deren Pathophysiologie in somatischen - zumeist hirnganischen - Veränderungen besteht. Alkoholismus wird als chronische Erkrankung betrachtet, die nicht ursächlich geheilt, sondern nur zum Stillstand gebracht werden kann. Das einzige Therapieziel kann daher in einer totalen und lebenslangen Abstinenz bestehen, da mit jedem Alkoholkonsum der Krankheitsprozeß neu entfacht wird und sich verschlimmert. Gemäß seiner Entstehungszeit basiert das medizinische Krankheitsmodell auf genauen klinischen Beschreibungen der Symptome und Falldarstellungen. Auch die Arbeiten Jellineks stellen nach Petry (1993) keine wesentlichen Abkehr vom medizinischen Krankheitsmodell dar, sondern eher eine Neuformulierung ohne neue Bestimmungsstücke. Als zentrale Entstehungsbedingungen werden Toleranzsteigerung, übermächtiges Verlangen nach Alkohol und Kontrollverlust gesehen. Der Krankheitsprozeß selbst wird weiterhin vorwiegend somatisch betrachtet (Jellinek, 1960), der chronisch und progredient verläuft.

An dieser Krankheitsauffassung entzündet sich im Laufe der 60er Jahre vor allem im angelsächsischen Raum Kritik. Sie zielt besonders auf "das einseitig organische Krankheitsverständnis mit seiner Vernachlässigung sozialer Einflußgrößen, den Ethnozentrismus durch Generalisierung des in der amerikanischen Ambivalenzkultur vorherrschenden Problemtrinkens, die Selektivität der untersuchten Stichprobe mit vorwiegend männlichen Mittelschichtsalkoholikern und den insgesamt tautologischen Charakter der theoretischen Bestimmungsstücke, des 'Alkoholverlangens' und 'Kontrollverlustes'" (Petry, 1993, S. 17). Als Ergebnis dieser Kritik werden psycho-soziale Modellvorstellungen der Alkoholabhängigkeit entwickelt, die stärker auf psychische Prozesse des Abhängigkeitsgeschehens fokussieren, experimentelle Untersuchungsanordnungen verwenden (z. B. Kontrollgruppendesigns etc.) und ihre Hypothesen daher deutlich stärker empirisch belegen. Einer dieser Ansätze ist das sozial-kognitive Rückfallmodell von Marlatt und Gordon (1985), das die Grundlage für ein allgemeineres, verhaltenstheoretisches Modell der Abhängigkeit bildet. Abhängiges Trinkverhalten entsteht für die Autoren prozeßhaft in einem sozio-kulturellen Kontext als Resultat von Interaktionsprozessen. Sie unterscheiden ätiologische Faktoren, die zu Beginn des Alkoholmißbrauchs wirksam sind, von Faktoren, die das Abhängigkeitsverhalten stabilisieren und aufrechterhalten. Von besonderer Bedeutung für die Steuerung des abhängigen Trinkverhaltens sind nach Marlatt und Gordon (1985) kognitive Erwartungsmuster. So führen Marlatt und Rohsenow (1980) laborexperimentelle Untersuchungen des Trinkverhaltens Alkoholabhängiger durch. Mit einem sogenannten ausbalancierten Placeboversuchsplan gelingt es ihnen zu zeigen, daß Alkoholwirkungserwartungen der Konsumenten nicht mit den physiologischen Wirkungen des Alkohols identisch sind.

Im Unterschied zum medizinischen Krankheitsmodell wird das Trinkverhalten bei verhaltenstheoretischen Modellen nicht als grundsätzlich unheilbar und zwangsläufig progredient betrachtet, sondern als durch Lernprozesse erworbenes Verhalten, das prinzipiell veränderbar ist. Aus dieser Auffassung resultieren Studien mit dem Therapieziel kontrollierten Trinkens.

In der Bundesrepublik Deutschland dauert es bis 1968, bis das Bundessozialgericht (BSG) Alkoholismus als Krankheit im Sinne der Reichsversicherungsordnung anerkennt. Die sozialrechtliche Anerkennung als Krankheit mündet jedoch in einen Konflikt um die finanzielle Zuständigkeit für die Behandlung Alkoholkranker zwischen verschiedenen Leistungsträgern der Sozialversicherung. "Die Rentenversicherung, die bis dato die Langzeitkuren in offenen Heilstätten getragen hatten, [übertrugen] diese Verantwortung an die gesetzlichen und privaten Krankenkassen" (Antons & Schulz, 1981, S. 251). Es entsteht eine Diskussion darüber, ob eine Kur als Rehabilitationsmaßnahme oder als Akutbehandlung zu betrachten sei. Das BSG weist in einem weiteren Urteil 1978 beiden genannten Sozialversicherungen die Zuständigkeit für Alkoholentziehungskuren zu, wobei sich die Kostenübernahme nach der Art der jeweiligen Maßnahme richte. Aufgrund dieses BSG-Urteils kommt es noch

1978 zu einer "Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker". Im Rückblick sehen viele Fachleute diese Verwaltungsvereinbarung weniger "sachlich-medizinisch" als "formal-rechtlich-kameralistisch" (Winter, 1992) motiviert. Mit dem gewählten Modus der Leistungsübernahme - Akutbehandlung als Entgiftungs-/Entzugsbehandlung durch die Krankenkassen und Entwöhnungsbehandlungen durch die Rentenversicherungen - wird eine einheitliche Suchtbehandlung durch administrative Einflüsse in eine viergliedrige Therapiekette von Beratung, Entgiftung, Entwöhnung und Nachsorge segmentiert. Für Hüllinghorst (1994) drückt sich darin ein starres Verständnis von Suchtkrankheit aus, da der Behandlungsprozeß ebenso wenig linear ablaufe wie die Entwicklung der Suchtkrankheit selbst.

Zusammenfassend wird deutlich, daß der ubiquitäre Genuß von Alkoholika im Zuge der ökonomischen, wissenschaftlichen, technischen und gesellschaftlichen Veränderungen der industriellen Revolution in epidemischem Ausmaß zunahm und in medizinischen Kategorien - als Krankheit - konzeptualisiert wurde. Die sozialrechtliche Anerkennung der Alkoholabhängigkeit als Krankheit erfolgte zumindest in der Bundesrepublik Deutschland relativ spät. Neben der finanziellen Absicherung der Behandlung war die Einbeziehung ins Sozialversicherungsrecht von administrativen Einschränkungen begleitet, die starken Einfluß auf die Ausgestaltung des Suchtversorgungssystems genommen haben. Die Auflösung der gesellschaftlichen Strukturen im Zuge der industriellen Revolution führte zu Landflucht und Verelendung breiter Teile der Bevölkerung. Seit dem ersten Auftreten von Elendsalkoholismus ist der Zusammenhang zwischen Alkoholabhängigkeit und sozialen Lebensbedingungen in unterschiedlicher Intensität beachtet worden. Für die Untersuchung des Abhängigkeitsprozesses sind Folgeschäden und gesellschaftliche Lebensbedingungen wesentliche Aspekte z. B. für Chronifizierung. Vor dem Hintergrund der gegenwärtigen historischen Veränderungen - wie dem Zerfall der konkurrierenden Machtblöcke, den technologischen Umwälzungen oder der Globalisierung der Wirtschaft (Interdependenzgeflecht) - erhält der soziale Kontext von Alkoholabhängigkeit aktuelle Brisanz.

2. Alkoholabhängigkeit und ihre Folgen

Für eine Arbeit über *chronisch mehrfach geschädigte Alkohol Kranke* sind vor dem historischen Hintergrund die aktuelle Definition der Alkoholabhängigkeit und ihrer wesentlichen Folgen oder Begleiterscheinungen von Bedeutung. Diese Aspekte sollen daher im folgenden für die operationale Bestimmung chronischer Mehrfachschädigung herausgearbeitet werden.

2.1 Begriffsbestimmung der Abhängigkeit

Trotz o. a. Fortschritte besaß die Alkoholismusdefinition der WHO von 1952 geringen operationalen Wert und blieb damit in der klinischen Praxis oft ungenau. Zudem wurden in ihr

Symptome von Abhängigkeit mit Folgen des Alkoholismus vermennt (Jacobi, Brand-Jacobi & Marquardt, 1987). Vor diesem Hintergrund bedeuten die Arbeiten von Griffith Edwards und seinen Mitarbeitern in den 70er Jahren eine Weiterentwicklung des Krankheitskonzeptes. Edwards und Gross (1976; Edwards, 1986a) wenden sich von der Jellinek'schen Typologie ab und betrachten Alkoholabhängigkeit als "ein psycho-physio-soziales Syndrom, das durch ein komplexes Verstärkersystem determiniert und aufrechterhalten wird" (Arend, 1994, S. 10). Edwards und Gross (1976; Edwards, 1986a) unterscheiden das eigentliche *Abhängigkeitssyndrom* von den *alkoholbezogenen Folgeschäden* (alcohol related disabilities).

Das ***Abhängigkeitssyndrom*** sehen sie durch sieben Elemente gekennzeichnet:

1. *Einengung des Trinkrepertoires* (auf Erleichterung, Dämpfung oder Vermeidung von Entzugerscheinungen).
2. *Vorrang des Trinkens* gegenüber anderen wichtigen Lebensbereichen.
3. *Erhöhte körperliche Toleranz* gegenüber Alkohol.
4. *Wiederkehrende Entzugerscheinungen* (Schlüsselsymptome: Zittern, Brechreiz, Schwitzen und psychische Verstimmung; zusätzlich: Geräuschempfindlichkeit; Tinnitus, Jucken, Muskelkrämpfe, Schlafstörungen, Halluzinationen, Grand-mal-Anfälle und Delirium Tremens).
5. *Linderung oder Vermeidung von Entzugerscheinungen durch erneutes Trinken*.
6. Subjektives Empfinden der *Zwanghaftigkeit* (Gier, Trinkzwang, Craving).
7. *Wiedereinsetzen der Abhängigkeit nach erreichter Abstinenz* (der Krankheitsprozeß setzt sich bei einem Rückfall dort fort, wo er vor der Abstinenz unterbrochen wurde).

Zu den ***alkoholbedingten Folgeerkrankungen*** zählen die Autoren (Edwards, Gross, Keller, Moser & Room, 1977; Edwards, 1986a) *soziale, psychiatrische und körperliche Folgeschäden* (s. Kapitel 2.4).

In diesem bi-axialen Alkoholismusmodell sind alkoholbedingte Folgeerkrankungen keine notwendige Voraussetzung für das Vorhandensein eines Abhängigkeitssyndroms. Die Folgeerkrankungen können auch bei nicht-abhängigem *Alkoholmißbrauch* (Viel-Trinkern) beobachtet werden. "Ärzte sollten sich bewußt sein, daß nicht jeder Patient, der zuviel trinkt (aus welchen Gründen auch immer), notwendigerweise alkoholabhängig ist" (Edwards & Gross, 1976, S. 1061 [Übers. d. Verf.]). Umgekehrt schließt das Fehlen von Alkoholfolgeerkrankungen nicht automatisch das Vorhandensein eines Abhängigkeitssyndroms aus. Entscheidend für den Krankheitswert ist einzig das Vorhandensein des Abhängigkeitssyndroms, wobei die Autoren ein kontinuierliches Konzept vertreten: Je mehr der sieben Abhängigkeitssymptome vorhanden sind, desto schwerer ist die Abhängigkeit, und desto wahrscheinlicher wird das Vorhandensein von alkoholbedingten Folgeerkrankungen. Die

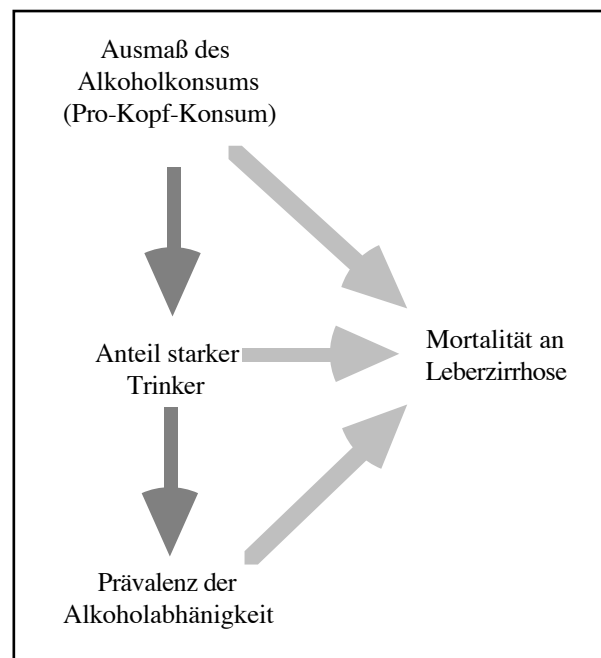
Schwere des Abhängigkeitssyndroms kann aber nicht zwingend über die Höhe des Alkoholkonsums abgeleitet werden.

In die gleiche Richtung weisen auch Arbeiten, die ein steigendes körperliches Schädigungsrisiko bei zunehmendem täglichen Alkoholkonsum beobachten konnten (Ritson, 1994). "Regelmäßiger Alkoholkonsum ab 30-40 Gramm Reinalkohol pro Tag soll krebsfördernd wirken und das Risiko für Krebs der Speiseröhre, des Mund- und Rachenraumes, der Leber sowie des Dickdarms steigern ... Schon 20-30 Gramm Reinalkohol pro Tag führen - statistisch - bei Männern zur Erhöhung des systolischen Blutdrucks, ab 60 Gramm pro Tag ist die Hypertonus-Prävalenz verdoppelt ... Erhöhter Blutdruck gehört zu den Risikofaktoren für das Auftreten von Schlaganfällen ... Kommen noch erhöhte Blutfette und evtl. Übergewicht hinzu (Alkohol erhöht die Triglyzeride und ist bekanntlich ein Kalorienspender), so sind kardiale und zerebrale Kreislaufigkomplifikationen vorprogrammiert ... Geringe Alkoholmengen ab 30-40 Gramm pro Tag können zu einer Leberverfettung führen, bei entsprechender Disposition kann eine Fettleber oder auch Leberzirrhose resultieren" (Richter, 1991, 93 f.). Es besteht ein deutlicher positiver Zusammenhang zwischen Höhe und Dauer des täglich Alkoholkonsums mit der Intensität der Leberschäden.

Dieser Zusammenhang veranlaßte bereits Jellinek (1959) dazu, eine Schätzmethode für die Prävalenz des Alkoholismus in einer Gesellschaft vorzuschlagen, die auf der Mortalität an Leberzirrhose basierte (Abbildung 1).

Der Pro-Kopf-Konsum an Alkohol in einem Land bestimmt den Anteil starker Trinker. Dieser wiederum bestimmt die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit. Die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit bestimmt wiederum die Höhe der Mortalität an Leberzirrhose. Also gibt es auch einen Zusammenhang zwischen dem Pro-Kopf-Verbrauch und der Mortalität an Leberzirrhose in einer Gesellschaft (Antons & Schulz, 1981). Die Autoren zitieren eine Arbeit von De Lint und Schmidt (1971), die Korrelationen von .45 bis .88 in zehn verschiedenen Ländern zwischen dem Pro-Kopf-Verbrauch und der Mortalität an

Abbildung 1: Pro-Kopf-Konsum, Prävalenz und Mortalität an Leberzirrhose



Leberzirrhose fanden. Ab einer durchschnittlichen Reinalkoholmenge von ca. 60 g/Tag

über mehr als 10 Jahre dürfte die Gefahr einer Zirrhoseerkrankung extrem ansteigen (Feuerlein, 1989). In einer von der WHO durchgeführten transnationalen Studie (Saunders & Aasland, 1987) rangieren alkoholbezogene Krankheiten auf Rang drei der Weltrangliste. Sie werden im Jahr 2000 vermutlich den ersten Rang einnehmen.

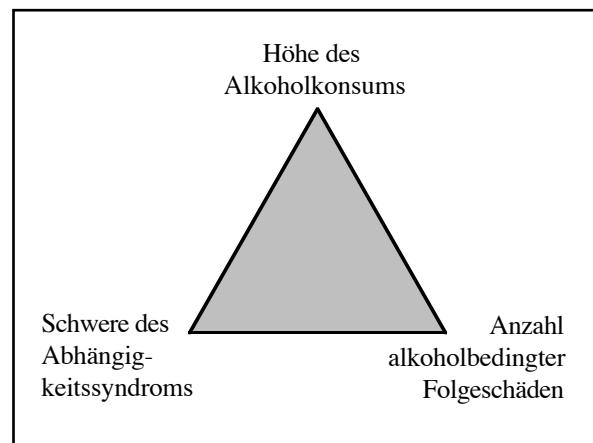
Man kann die Beziehungen der Höhe des Alkoholkonsums zu den alkoholbedingten Folgeschäden und der Schwere des Abhängigkeitssyndroms folgendermaßen veranschaulichen (s. Abbildung 2): Die drei Komponenten

des Abhängigkeitsgeschehens stehen zwar nicht in linear-kausaler Beziehung zueinander, da noch andere Faktoren maßgeblich sind, aber in einem positiven korrelativen Zusammenhang im Sinne von gegenseitigem Einfluß: Je höher die Menge des täglichen Alkoholkonsums, desto wahrscheinlicher sind alkoholbedingte Folgeschäden und je mehr alkoholbedingte Folgeschäden, desto wahrscheinlicher auch die Entwicklung eines schweren Abhängigkeitssyndroms. Kielstein (1990) formuliert es folgendermaßen:

"Alle alkoholbezogenen Störungen entstehen allein durch 'zu viel' Alkohol, also durch Alkoholmißbrauch. Die Alkoholabhängigkeit ist ein Spezialfall, der sich bei etwa 10% aller langjährigen Mißbräuchler entwickeln kann. Die Abhängigkeit ist, ebenso wie der Mißbrauch, mit körperlichen, psychischen und sozialen Störungen unterschiedlichen Ausmaßes verbunden. Charakteristisch ist sie aber durch die 'verminderte Kontrolle' über das Trinken ..." (S. 23).

Die entscheidende Neuerung des Abhängigkeitskonzeptes sind Edwards und Gross' Konkretisierung durch z. T. direkt beobachtbare Abhängigkeitssymptome. Neu ist auch der Verzicht auf Jellineks umstrittenes Konzept des *Kontrollverlustes* (Sobell, Sobell & Christelman, 1972; Hodgson & Stockwell, 1985; John et al., 1992a). Andererseits bleibt das Konzept des *Alkoholabhängigkeitssyndroms* nicht ohne Kritik (Shaw, 1979; Babor, 1986; Robertson, 1986; Grant, 1989). Einige seiner Symptome sind direkt beobachtbar wie *Entzugerscheinungen*, andere dagegen nur dem subjektiven Zugang des Betroffenen erschließbar wie der *Trinkzwang*. Zudem sind Symptome wie *Einengung des Trinkrepertoires* oder *Vorrang des Trinkens gegenüber anderen Lebensbereichen* sehr unpräzise und schwer operationalisierbar, was begriffliche und damit diagnostische Ungenauigkeiten verursacht. Babor (1986) kritisierte die breite Vielfalt der Analyseelemente. "Entzugerscheinungen wie dem Tremor wird das gleiche konzeptionelle Gewicht gegeben wie komplexen

Abbildung 2: Alkoholkonsum, Abhängigkeitssyndrom und Alkoholfolgeschäden



Verhaltenseinheiten wie Einengung des Verhaltensrepertoires oder sogar dem Wiedereinsetzen des Abhängigkeitssyndroms" (Babor, 1986, S. 186 [Übers. d. Verf.]). Robertsons (1986) Kritik zielt vor allem auf den geringen prognostischen Wert des *Abhängigkeitssyndroms* in Therapieerfolgsstudien. Er führt an, daß in einer der größten Untersuchungen von Armor, Polich und Stambul (1978) das *Abhängigkeitssyndrom* als Prädiktorvariable nur 2,9% der Ergebnisvarianz erklären konnte. "In vielen, wenn nicht den meisten Einzelfällen wird der Grad der Alkoholabhängigkeit ein relativ unwichtiger Aspekt hinsichtlich der Bestimmung des weiteren Ausganges sein, verglichen mit bestimmten sozialen, psychologischen und physischen Faktoren" (Robertson, 1986, S. 191 [Übers. d. Verf.]). Der Autor wendet sich wie schon Shaw (1979) gegen die Verwendung des Begriffs 'Syndrom', da dieser eine differenzierte, prozeßhafte Analyse des Problemverhaltens behindere und im Grunde noch immer der medizinischen Auffassung von Alkoholismus folge. Dies führe bei vielen Klinikern zu einer übertriebenen Zuversicht hinsichtlich eines - statistisch - bescheidenen Phänomens, das zum Verständnis des Einzelfalls und zum theoretischen Fortschritt nur sehr wenig beitrage. Shaw (1979) bestreitet sogar, daß Edwards in seinem neuen Konzept tatsächlich auf den *Kontrollverlust* verzichtet habe. Letztlich sei der *Zwang, Alkohol zu sich zu nehmen* bzw. *das Unvermögen, den Alkoholkonsum zu kontrollieren*, uneindeutig und eine Beibehaltung des früheren Leitsymptoms *Kontrollverlust*.

Einige dieser Kritikpunkte greifen John et al. (1992a) in ihrer Arbeit zur *Lübecker Abhängigkeitsskala* auf. Sie schlagen aufgrund ihrer empirischen Befunde eine geänderte Unterteilung der sieben Abhängigkeitssymptome vor in:

- **Kernmerkmale ersten Grades**
 - *Körperliche Abhängigkeitssymptome* (wiederholte Entzugssymptome [4] und Vermeidung von Entzugssymptomen durch Alkoholkonsum [5], Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz [7])
 - *psychische Abhängigkeitssymptome* (craving [6])
 - *Toleranzänderungen* (bei Edwards nur Toleranzsteigerung [3])
- **Kernmerkmale zweiten Grades** (eher Folgephänomene der Symptome ersten Grades)
 - Einengung des Trinkrepertoires ([1], Vorrang des Trinkens gegenüber anderen wichtigen Lebensbereichen [2]).

Alkoholbezogene Folgeschäden fassen die Autoren unter den Begriff **Sekundärmerkmale**.

2.2 Verfahren zur Diagnose von Alkoholabhängigkeit

Edwards' Konzept, das er eigentlich als provisorische Beschreibung verstanden wissen wollte, zieht eine Fülle empirischer Arbeiten nach sich. Dies zeigt sich in einer ganzen Reihe neuer Erhebungsinstrumente:

- Skinner und Mitarbeiter entwickeln über faktorenanalytische Verfahren einen Fragebogen mit 29 Items - die *Alcohol Dependence Scale (ADS)*; Skinner & Horn, 1984 -, der die Kernsymptome des Abhängigkeitssyndroms enthält.

- Stockwell und Kollegen entwerfen den *Severity of Alcohol Dependence Questionnaire* (SADQ; Stockwell, Hodgson, Edwards, Taylor & Rankin, 1979; Stockwell, Murphy & Hodgson, 1983) mit 35 Fragen zu den Bereichen Entzugssymptome, affektive Symptome des Entzugs, Erleichterungstrinken, Menge des Alkoholkonsums und Wiedereinsetzen der Abhängigkeit nach Abstinenz. Auch die faktorenanalytische Auswertung dieses Instrumentes bestätigt Edwards' eindimensionales Modell der Abhängigkeit, obwohl wesentliche Elemente wie *Einengung des Trinkverhaltens*, *übergroße Bedeutsamkeit des Alkohols* und *erhöhte Toleranz* fehlen.
- In Deutschland fand diese Entwicklung Ausschlag in der *Göttinger Abhängigkeitsskala* (GABS; Jacobi et al., 1987) - einer deutschen Adaptation des SADQ - und
- in der *Lübecker Abhängigkeitsskala* (LAS; John et al. 1992a).

Trotz Kritik und Modifizierungen ist der weitreichendste Einfluß von Edwards' Konzept die Definition der Alkoholabhängigkeit in der *Internationalen Klassifikation psychischer Störungen* der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) und den verschiedenen Auflagen des *Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen* der American Psychiatric Association ab Version III (DSM-IV; Saß, Wittchen & Zaudig, 1996). In beide Klassifikationssysteme gingen seine Symptome ein, allerdings mit kleinen Unterschieden (s. Tabelle 1).

Aufbauend auf den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-III, -III-R, -IV wurden verschiedene klinische Interviewverfahren entwickelt, die u. a. auch Alkoholabhängigkeit operationalisieren (Üstün & Wittchen, 1992):

- das *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Wittchen & Semler, 1991); das *Composite International Diagnostic Interview - Substance Abuse Module* (CIDI-SAM; Cottler, Robins & Helzer, 1989; Cottler et al., 1991);
- *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R* (SKID; Wittchen et al., 1990); *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I - SKID-IV* (Wittchen et al., 1996);
- der *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN; Wing et al., 1990; World Health Organization, 1992).

Tabelle 1: Definitionen des Abhängigkeitssyndrom bei Edwards, im ICD-10 und im DSM-IV

Abhängigkeitssyndrom nach Edwards und Gross (1976)	Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10 (1991)	Abhängigkeitssyndrom nach DSM-IV (1996)
<p>"1. <i>Einengung des Trinkverhaltensrepertoires</i>. Äußere Anlässe des Alkoholkonsums, z.B. Feiern, verlieren an Bedeutung. Das Trinken wird zunehmend vom körperlichen oder psychischen Bedarf an Alkohol bestimmt.</p> <p>2. <i>Anwachsen des Bemüthens, Alkohol bei sich zu haben</i> (drinking-behavior)....</p> <p>3. <i>Erhöhte körperliche Alkoholtoleranz</i>.</p> <p>4. <i>Wiederholte Entzugssymptome</i>.</p> <p>5. <i>Wiederholte Erleichterung oder Vermeidung von Entzugssymptomen durch weiteren Alkoholkonsum</i>.</p> <p>6. <i>Subjektive Bewußtheit des Dranges zum Trinken</i>. Dieses Symptom ist gegeben, wenn dem Alkoholiker bewußt ist, daß es ihm nach Alkoholkonsum wieder besser gehe.</p> <p>7. <i>Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz</i>." (John et al., 1992, S. 292; Hervorhebungen v. Verf.).</p> <p>Entscheidende Neuerung sind lt. John et al. (1992a) der Verzicht auf den Kontrollverlust und die Nennung beobachtbaren Verhaltens (Items 1, 2 und 5).</p>	<p>"Diagnostische Leitlinien: Die Diagnose Abhängigkeit soll nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen oder Alkohol zu konsumieren. 2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums. 3. Substanzgebrauch, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern, und der entsprechenden positiven Erfahrung. 4. Ein körperliches Entzugssyndrom.. 5. Nachweis einer Toleranz.... 6. Ein eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder der Substanz wie z.B. die Tendenz, Alkohol an Werktagen wie an Wochenenden zu trinken und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens außer acht zu lassen. 7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums. 8. Anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, oder sozial, wie Arbeitsplatzverlust durch eine substanzbedingte Leistungseinbuße, oder psychisch, wie depressiven Zuständen nach massivem Substanzkonsum." (Dilling et al., 1991, S. 85-86; Hervorhebungen v. Verf.) <p>Im Gegensatz zu Edwards und Gross (1976) ist in Item 2 das umstrittene Konzept des Kontrollverlustes als Kriterium wieder aufgenommen. Edwards' Item 7 "Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz" ist nicht enthalten.</p>	<p>"Ein unangepaßtes Muster von Substanzgebrauch führt in klinisch bedeutsamer Weise zu Beeinträchtigungen oder Leiden, wobei sich mindestens drei der folgenden Kriterien manifestieren, die zu irgendeiner Zeit in demselben 12-Monats-Zeitraum auftreten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Toleranzentwicklung</i>, definiert durch eines der folgenden Kriterien: a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder die erwünschten Effekte herbeizuführen, b) durch deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis. 2. <i>Entzugssymptome</i>, die sich durch eines der folgenden Kriterien äußern: a) charakteristische Entzugssymptome der jeweiligen Substanz ... b) dieselbe (oder eine ähnliche Substanz wird eingenommen, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden. 3. Die Substanz wird häufiger in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt eingenommen. 4. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren. 5. Viel Zeit für Aktivitäten, um die Substanz zu beschaffen ... sie zu sich zu nehmen...., oder sich von ihren Wirkungen zu erholen. 6. Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmißbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt. 7. Fortgesetzter Substanzmißbrauch trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch den Substanzmißbrauch verursacht oder verstärkt wurde (...)" (Saß et al., 1996, S. 227; Hervorhebungen v. Verf.) <p>Im Gegensatz zu Edwards und Gross (1976) ist in Item 4 das umstrittene Konzept des Kontrollverlustes als Kriterium wieder aufgenommen. Edwards' Item 7 "Wiederherstellung des Syndroms nach Abstinenz" ist nicht enthalten.</p>

2.3 Epidemiologie

Trotz wichtiger Erfolge der epidemiologischen Forschung im 19. Jahrhundert bei der Entdeckung hygienischer und sozialer Lebensbedingungen als Ursachen für die Ausbreitung infektiöser Krankheiten wird erst nach dem Zweiten Weltkrieg damit begonnen, die Verbreitung psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung mit Hilfe von psychiatrischen Interviews an repräsentativen Bevölkerungsstichproben zu untersuchen. In den USA wird bis Ende der 60er Jahre die Alkoholismusprävalenz nach einer Schätzmethode von Jellinek (1959) indirekt über die Mortalität an Leberzirrhose geschätzt. Wieser (1973) verwendet einen ähnlichen Ansatz von Ledermann (1956), der Verteilungseigenarten des Alkohol Pro-Kopf-Konsums berücksichtigt, um die Alkoholismusprävalenz in Westdeutschland zu bestimmen. Beide Schätzverfahren werden wiederholt kritisiert (Popham, 1970; Schmidt & DeLint, 1970; Whitlock, 1974; Trojan, 1980; Antons & Schulz, 1981). "Der wichtigste theoretische Kritikpunkt an Jellineks Methode bezieht sich darauf, daß die Mortalität an Leberzirrhose bestenfalls ein relativ guter Indikator für das Ausmaß exzessiven Trinkens in der Bevölkerung sein mag, nicht aber für Alkoholismus, da ja nicht jeder, der als Alkoholiker definiert wird, eine Leberzirrhose bekommt" (Trojan, 1980, S. 3).

Neben der Ungenauigkeit durch die Verwendung aggregierter Daten ist das Fehlen objektiver und operationaler Kriterien für die Falldefinition und -identifikation ein wesentlicher methodischer Mangel. Dieser wird durch Feighner, Robins, Guze, Woodruff, Winokour und Munoz (1972) von der Washington Universität in St. Louis mit der Veröffentlichung der sog. *Feighner-Kriterien* behoben. Sie umfassen 14 psychiatrische Erkrankungen, für deren Diagnose spezifische, beobachtbare Symptome erfüllt sein müssen. Einen weiteren Fortschritt bedeuten 1978 die *Research Diagnostic Criteria* von Spitzer, Endicott und Robins (1978) und schließlich die Publikation des *Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen* Version III (*DSM-III*; American Psychiatric Association [APA], 1980). Mit diesem Manual wird erstmals ein operationalisiertes Diagnostiksystem etabliert. In der Folge dieser Entwicklung entstehen psychiatrische Interviewverfahren, die eine ökonomische und zuverlässige Untersuchung großer Bevölkerungsstichproben durch trainierte Laieninterviewer ohne psychiatrische Spezialausbildung ermöglichen.

Die erste epidemiologische Untersuchung zum Alkoholismus in der Bundesrepublik unternehmen Wieser und Feuerlein (1976) in Bremen. Für die Fallfindung dienen die Alkoholismusdefinition der WHO von 1952 (s. Kapitel 1) und diverse klinische Kriterien wie heimliches, morgendliches Trinken und Kontrollverlust. Die Studie ergibt eine Punktprävalenz von 3,2% der Bremer Bevölkerung. Feuerlein und Küfner (1977) führen die erste Repräsentativerhebung des Alkoholkonsums und Alkoholmißbrauchs bezogen auf die gesamte Bundesrepublik durch. Mit einem selbstentwickelten Alkoholabusus-Index ermitteln die Autoren eine Punktprävalenz des Alkoholmißbrauchs von 2,3% der Gesamtbevölkerung. Dabei ist der Alkoholmißbrauch bei Männern viermal so hoch wie der bei Frauen. In einer

Zusammenstellung verschiedener deutscher Studien kommt Trojan (1980) zu der "groben" Schätzung von 2 bis 7% Alkoholikern bzw. stark Alkoholgefährdeten. Dilling und Weyerer (1984) finden in einer repräsentativen Stichprobe dreier ländlicher, oberbayerischer Gemeinden 1,6% der Teilnehmer als akut behandlungsbedürftig alkoholkrank (7-Tagesprävalenz nach *ICD-8*). Zu einer ähnlichen Punktprävalenz von 1,3% gelangen auch Tress und Schepank (1990) in ihrer Kohortenuntersuchung einer großstädtischen Mannheimer Stichprobe. Die diagnostischen Kriterien basieren auf dem *ICD 8* und einem selbstentwickelten Beeinträchtigungsschwere-Score (s. Tabelle 2).

Tabelle 2: Übersicht der ersten Prävalenzstudien in der BRD

Studie	Alkoholismuskriterien	Prävalenzrate
Wieser & Feuerlein (1976), BRD	Alkoholismusdefinition der WHO (1952) und heimliches, morgendliches Trinken und Kontrollverlust	3,2
Feuerlein & Küfner (1977), BRD	selbstentwickelter Alkohol-Abusus-Index	2,3*
Dilling & Weyerer (1984), BRD	Alkoholismus nach <i>ICD-8</i> unter Verwendung des <i>Goldberg</i> -Interviews	1,6**
Tress & Schepank (1990), BRD	<i>ICD 8</i> Alkoholismus und selbstentwickelter Beeinträchtigungsschwere-Score	1,3**

Anmerkungen: * Alkoholmißbrauch, ** 7-Tage-Punktprävalenz

Der Entwicklung der psychiatrischen Epidemiologie bringt exaktere und einheitlichere Angaben zur Falldefinition und deutlichere Differenzierungen der Prävalenzarten mit sich. So führen Wittchen und Perkonig (1996) acht Studien mit Prävalenzangaben zu Substanzmittelmißbrauch/-abhängigkeit nach *DSM-III*- oder *DSM-III-R*-Kriterien auf (s. Tabelle 3). Bedauerlicherweise variieren die Untersuchungen nach Erhebungsperioden, und nicht alle Autoren differenzieren zwischen Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit. In fünf US-amerikanischen Erhebungsgebieten - den *Epidemiological Catchment Areas (ECA)* - erfüllen zum Zeitpunkt der Untersuchung 1,7% der Befragten die *DSM-III*-Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit (Helzer, Burnam & McEvoy, 1991). In einer Komorbiditätsstudie ebenfalls mit einer repräsentativen Stichprobe der US-Bevölkerung (Kessler et al., 1994) erweisen sich 7,2% der Befragten bezogen auf die letzten 12 Monate als alkoholabhängig (*DSM-III-R*) und zwischen 7,9% und 14,1% der Untersuchten erfüllen die Kriterien der Alkoholabhängigkeit bezogen auf ihr bisheriges Leben (Helzer et al., 1991; Kessler et al., 1994). Die Variationen sind vermutlich durch unterschiedliche Operationalisierungen von Alkoholkrankheiten im *DSM-III* und *DSM-III-R* und Stichprobenunterschiede verursacht. Bezieht man den Alkoholmißbrauch mit ein, variiert die Spannbreite der Lebenszeitprävalenz sogar zwischen 9,4% und 21,7%. Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung weisen Männer ein 5fach höheres Erkrankungsrisiko auf als Frauen (Wittchen & Perkonig, 1996). Ein

Zehntel bis ein Fünftel der Amerikaner erkrankten im Laufe ihres Lebens an Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit.

Tabelle 3: Internationale Prävalenzstudien nach *DSM-III* und *DSM-III-R*-Kriterien

Studie	Perioden	Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit	Alkoholabhängigkeit
Helzer et al. (1991), USA	Punkt	2,8	1,7
	6 Monate	4,8	2,8
	1 Jahr	-	-
	Lebenszeit	13,5	7,9
Kessler et al., (1994), USA	Punkt	-	-
	6 Monate	-	-
	1 Jahr	2,5*	7,2
	Lebenszeit	9,4*	14,1
Wittchen et al. (1992), BRD	Punkt	-	-
	6 Monate	1,2	-
	1 Jahr	-	-
	Lebenszeit	13,0	7,4**
Fichter (1990), BRD	5 Jahre	5,9	0,9
Canino et al. (1987), Puerto Rico	Punkt	-	-
	6 Monate	4,9	-
	1 Jahr	-	-
	Lebenszeit	12,6	-
Bland et al. (1988a, b), Kanada	Punkt	3,4	-
	6 Monate	5,4	-
	1 Jahr	7,9	-
	Lebenszeit	18,0	-
Lee et al. (1990a, b), Korea	Punkt	-	-
	6 Monate	-	-
	1 Jahr	-	-
	Lebenszeit	21,7	13,0
Wells et al. (1989), Neuseeland	Punkt	6,5	-
	6 Monate	8,3	-
	1 Jahr	9,3	-
	Lebenszeit	18,9	-

Anmerkungen: * nur Mißbrauch ; ** Bronisch und Wittchen (1992) Prävalenz bezieht sich auf 25-64jährige

Bei der Untersuchung von Fichter (1990) handelt es sich um eine Verlaufsstudie, die wegen des sehr langen Erhebungszeitraums (5 Jahre) international schlecht vergleichbar ist. In der *Münchener Follow Up Studie (MFS)* von Wittchen, Essau, v. Zerssen, Krieg & Hecht (1992) fällt auf, daß die 6-Monats-Prävalenz mit 1,2% der westdeutschen Bevölkerung für Mißbrauch und Abhängigkeit im internationalen Vergleich sehr niedrig liegt. Die Autoren weisen darauf hin, daß es sich verglichen mit anderen Untersuchungen um eine sehr 'alte' Stichprobe handelt (25 - 64 Jahre) und die verwendete Übersetzung der *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* mit Items des *Münchener Alkoholismustests (MALT; Feuerlein, Ringer, Küfner & Antons, 1977)* modifiziert wurde (Wittchen, 1984). Die *MFS* bleibt damit sogar hinter der 7-Tages-Prävalenz des Alkoholismus (1,3%) bei Tress und Schepank (1990) zurück.

Aufgrund der epidemiologischen Studien gilt es inzwischen als gesichert, daß Abhängigkeitserkrankungen - neben affektiven und Angsterkrankungen - zu den häufigsten psychischen Störungen in der Bevölkerung zählen. Unter den Suchtmitteln ist Alkohol in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands am verbreitetsten (Herbst, Kraus, Scherer & Schumann, 1995). Die Expertenkommission der Bundesregierung (BMJFFG, 1988) kommt zu der Schätzung, daß 2 bis 3% der westdeutschen Bevölkerung behandlungsbedürftig abhängigkeitskrank (Alkohol und Medikamente) sind. Wienberg (1992a) geht nach einer Zusammenstellung verschiedener Studien von einer Punktprävalenz von 4% Alkoholabhängigen in der erwachsenen westdeutschen Bevölkerung (≥ 18 J.) aus, was umgerechnet auf die Gesamtbevölkerung der alten BRD einer Prävalenzrate von 3,2% (2,1 Mill.) entsprach. Winter (1991) schätzt die Zahl der Alkoholabhängigen in der DDR mit Hilfe der Ledermann'schen Formel auf 180.000-290.000 für das Jahr 1989, was einer Prävalenz von 1 bis 2% entspräche (Kielstein, 1990). Kölsch (1977) vermutet, daß ca. 5% der erwachsenen Bevölkerung der DDR als alkoholkrank zu betrachten seien. Eine repräsentative Telefonbefragung von Herbst et al. (1995) weist ein etwas höheres Ausmaß schädlichen Alkoholkonsums in Ostdeutschland aus als in Westdeutschland. Insgesamt dürfte sich das Ausmaß der Alkoholproblematik in den beiden Regionen aber nicht wesentlich unterscheiden. Eine Übertragung der 2 bis 3%-Schätzung der Expertenkommission (BMJFFG, 1988) auf die gesamtdeutsche Bevölkerung stellt dabei wahrscheinlich eher eine Unter- als Überschätzung des Problems dar. Wienbergs (1992a) Prävalenzschätzung von 3,2% kommt dem tatsächlichen Ausmaß vermutlich sehr viel näher. Bezogen auf die gesamtdeutsche Wohnbevölkerung (81,5 Mill. lt. Statistischem Bundesamt, 1995) ergibt dies 2,6 Mill. Alkoholranke in Deutschland. Legt man die Lebenszeitprävalenz von 7,4% für Alkoholabhängigkeit aus der *MFS* (Bronisch & Wittchen, 1992) zugrunde, bedeutet dies, daß 6 Mill. Bundesbürger irgendwann in ihrem Leben an einer Alkoholabhängigkeit erkranken. Im letzten halben Jahr litten mindestens 978.000 Personen akut unter Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit (1,2%, Wittchen et al., 1992), realistischer ist eine 6-Monatsprävalenz von 2.282.000 Alkoholabhängigen (2,8%, Helzer et al., 1991). Mindestens 0,5% - oder absolut 407.500 - Bundesbürger sind nach Schätzung der Expertenkommission (BMJFFG, 1988) als *chronisch mehrfach geschädigt* zu betrachten.

Da alkoholbedingte Folgeschäden substantielle Bestandteile chronischer Mehrfachschädigung bei Alkoholkranken und besonders wichtig für die Entwicklung eines Meßinstrumentes zur Erfassung chronisch mehrfach Geschädigter sind, werden sie im nächsten Kapitel ausführlicher dargestellt.

2.4 Alkoholbezogene Folgeschäden

Während Konzeption und empirische Prüfung des Abhängigkeitssyndroms vorangetrieben wurden und eine Umsetzung in klinische Verfahren erfuhren, blieb eine vergleichbare Differenzierung der *alkoholbezogenen Folgeschäden* (Edwards et al., 1977; Edwards, 1986a)

aus. Drummond (1990) führt dies auf die Schwierigkeiten zurück, zwischen dem Trinken und den Folgeproblemen eine ursächliche Beziehung nachzuweisen. Einige Autoren empfehlen daher eher von einer assoziativen denn von einer kausalen Beziehung zu sprechen (s. Kapitel 2.1; Abbildung 2).

Edwards (1986a) sieht die **alkoholbezogenen Folgeschäden** im wesentlichen in:

- *Sozialen Folgeschäden* wie familiäre, Arbeits-, Wohnungs-, Geldprobleme, Obdachlosigkeit und Kriminalität.
- *Psychiatrischen Folgeschäden* wie Delirien, Krampfanfälle, Gedächtnisausfälle, zeitweilige Halluzinationen und zusätzlich psychiatrische Erkrankungen (Depression, Hypomanie, Phobien, Schizophrenie etc.).
- *Körperlichen Folgeschäden* wie Blut-, Herz-Kreislauf-, Leber-, Lungen-, Magen-, Pankreas-, Krebs-, Nervenerkrankungen, Unfälle.

2.4.1 Soziale Folgen

Konzeptionell besteht gerade bei den sozialen Folgeschäden eine gewisse "Henne-Ei-Problematik", in der abhängige und unabhängige Variable oft nicht deutlich getrennt werden. In der individuumzentrierten Sichtweise von Medizin und klinischer Psychologie hat Alkoholabhängigkeit bei den meisten Betroffenen unbestreitbar negative Auswirkungen auf den unmittelbaren sozialen Lebensraum. Andererseits kann Alkoholmißbrauch gerade bei schlechten Lebensbedingungen bzw. negativen Lebensereignissen (Filipp, 1995) im Sinne einer allgemein-psychologischen Streß-Reduktions-Hypothese auch als Bewältigungsverhalten betrachtet werden (Rummel, 1995). Und in soziologischen Arbeiten zu *Arbeitslosigkeit und Alkoholabhängigkeit* (Henkel, 1990, 1992, 1993; Dooley & Hough, 1992; Hammer, 1992) oder *Nichtseßhaftigkeit und Alkoholismus* (Albrecht, 1981; Welte & Barnes, 1992) wird Alkoholabhängigkeit selbst zur Moderatorvariable oder Folge struktureller gesellschaftlicher Probleme wie sozialer Ungerechtigkeit und Armut. Die historische Auffassung vom *Elendsalkoholismus* findet sich daher auch heute in soziologischen Arbeiten wieder. In diese Richtung weist z. B. die medizin-soziologische Arbeit von Siegrist (1996), in der der Autor die Bedeutung beruflicher Gratifikationskrisen für die Entstehung koronarer Herzerkrankungen nachweist. Im Alkoholbereich gibt es eine solche Konkretisierung der Induktionshypothese von Alkoholkrankheit durch soziale Krisen bislang aber nicht.

Trotz dieser konzeptionellen Unterschiedlichkeiten soll im weiteren eine Auflistung und Erläuterung der sozialen Alkoholfolgeprobleme unter klinischer Akzentuierung erfolgen.

Als "soziale Ausfälle" bezeichnet Edwards (1986b) das Unvermögen, soziale Rollenerwartungen angemessen zur erfüllen.

Diese Ausfälle beinhalten:

- *Familiäre und Partnerschaftsprobleme*

Sie äußern sich u. a. in zunehmenden Spannungen zwischen den Partnern, Verlust von Takt, Scham und Achtung vor der Partnerin, ständigen Streitigkeiten, Vorwürfen der Partnerin wegen des Alkoholkonsums, Beschimpfungen und Trennungs-/Scheidungsandrohungen. Der Abhängige erfüllt wichtige Rollenaufgaben (z. B. als Vater oder Partner) nicht mehr, wodurch der emotionale und körperliche Kontakt der Familie zum Abhängigen geringer wird. Die Partnerin beginnt u. U. den Abhängigen ob dieser Ausfälle zu entmündigen. Nach außen wird das Bild der intakten Familie aufrechterhalten, was zur sozialen Isolation der Familie führt. Die Partnerin erlebt erste Phasen psychischer oder physischer Erschöpfung und Resignation. Es kann zu Untreueverdächtigungen der Partnerin durch den Abhängigen kommen (Eifersuchtsszenen), die u. U. auch in körperliche Gewalt gegen die Partnerin münden. Körperpflege und Sauberkeit können vernachlässigt sein bis hin zum Einnässen und Einkoten. Bei Kindern können unberechenbare Wechsel zwischen Verwöhnung und ungerechter Bestrafung durch das abhängige Elternteil, körperliche Mißhandlungen und Autoritätsverlust zu Entwicklungsstörungen und Verhaltensstörungen wie Schulproblemen (Konzentrationsstörungen), sozialen Auffälligkeiten und Delinquenz führen (Edwards, 1986b; Feuerlein, 1989; Schmidt, 1993).

- *Probleme mit der Arbeit*

Chronischer Alkoholmißbrauch führt im Laufe der Zeit - wie in allen Lebensbereichen des Betroffenen - auch zu Problemen in der Arbeit. Diese äußern sich anfänglich durch sich häufendes Zuspätkommen, wachsende Fehlzeiten, nachlassende Arbeitsleistung, Unzuverlässigkeit, Abwälzen von Arbeitsaufgaben und mangelhafte Arbeitskontinuität. Daraus entstehen Probleme mit Kollegen oder Vorgesetzten wie z. B. Unfähigkeit, Kritik anzunehmen, Überempfindlichkeit, Mißtrauen, Irritierbarkeit, die oft in arbeitsrechtliche Disziplinarmaßnahmen wie Verwarnungen bis hin zu Entlassungen resultieren. Häufige Stellenwechsel können ein Hinweis auf eine Alkoholproblematik sein, die - gerade in Zeiten massiver Unterbeschäftigung - in langandauernder Arbeitslosigkeit und Erwerbsunfähigkeit enden können.

- *Wohnprobleme*

Auch das Wohnumfeld kann durch die Alkoholkrankheit beeinträchtigt sein. Lautstarke familiäre Auseinandersetzungen, Versäumnisse bei Aufgaben in der Hausgemeinschaft, nächtliche Ruhestörungen bis hin zu handfesten Streitigkeiten können die nachbarlichen Beziehungen stören. Hinsichtlich des Mietverhältnisses können grobe Versäumnisse beim Instandhalten der Wohnung oder Mietrückstände Kündigungen und Räumungsklagen provozieren. Vielfache Adressenwechsel oder zeitweilige Aufenthalte in Übergangs- oder Obdachlosenheimen sind dann oft ein Zeichen dafür, daß der Betroffene

nicht mehr in der Lage ist, seinen Verpflichtungen als Mieter und Nachbar nachzukommen.

- *Geldschwierigkeiten*

Die Einengung des Verhaltens auf den Alkoholkonsum und die Befriedigung des Alkoholverlangens verursachen einen erheblichen Geldbedarf, der mit fortschreitender Suchtentwicklung etwaige finanzielle Reserven erschöpft und die Notwendigkeit anderweitiger Geldbeschaffung nach sich zieht. Dies führt dann u. U. zur Täuschung der Partnerin, zu Nebenbeschäftigungen, Geldleihaktionen zu abenteuerlichen Konditionen, zu Verpfändungen von Besitz, zusätzlichen Hypothekenaufnahmen, Steuerhinterziehungen, Sozialversicherungstäuschungen, Rückständen bei Ratenkäufen, Pfändungsbescheiden, Konto- oder Stromsperrungen oder schlichtweg Schulden. Auch diese Sachverhalte sind Indizien dafür, daß der Abhängige in der häuslichen (Wirtschafts-) Gemeinschaft oder gegenüber Dritten die Rolle des verlässlichen Mitmenschen verletzt.

- *Obdachlosigkeit und Stadstreichei*

Im Zuge des Krankheitsprozesses können der Verlust von Familie, verwandtschaftlicher und freundschaftlicher Unterstützung, der Arbeitsstelle und der Wohnung die existentielle Notlage des Alkoholkranken immer mehr verschärfen. Mangelnde Waschgelegenheiten und Ernährung, fehlende Kleidung und das Leben auf der Straße erhöhen - abgesehen von den alkoholbedingten Körperschädigungen (s. Kapitel 2.4.3) - das Risiko von schweren Krankheiten und Unfällen.

- *Kriminalität*

Weitere Hinweise auf eine Abhängigkeitsentwicklung liefern Delikte wie Trunkenheit am Steuer, kleinere Straftaten, Kleindiebstähle, leichte körperliche Übergriffe, Schwarzfahrten in öffentlichen Verkehrsmitteln, Zechprellerei, Betteln oder deviante Verhaltensweisen wie Urinieren in der U-Bahn. 1993 gab es in ganz Deutschland 41.098 Alkohol-Unfälle im Straßenverkehr, bei denen insgesamt 2.048 Männer, Frauen und Kinder starben. Das bedeutet, daß bei mindestens jedem fünften Verkehrstoten Alkohol im Spiel war (Junge, 1994). Hinsichtlich gewaltkrimineller Delikte merkt Klein (1995) an, daß die Alkoholisierungsquote mit der Schwere der Tat zunimmt: 1993 standen 30,1% der Tatverdächtigen für gefährliche und schwere Körperverletzung, 42,4% für Totschlagsdelikte und 52,9% für Sexualmorde unter Alkoholeinfluß. "Einzig die Tötungsdelikte, die eine Planung und im Einzelfall auch eine gewisse Impulskontrolle voraussetzen (z. B. Raubmorde) weisen mit 29,9% eine deutlich erniedrigte Alkoholisierungsquote auf" (Klein, 1995, S. 59).

In der unmittelbaren Lebensumwelt des Alkoholkranken (Familie, Arbeit, Wohnung) und im körperlichen Bereich (s. Kapitel 2.4.3) werden die Folgen der Abhängigkeit am ehesten spürbar (Matakas, Berger, Kloeste & Legnaro, 1984). Alkoholranke, die nie in der Lage

waren, soziale Einbindung etwa in Form einer Familie aufzubauen oder zu erhalten, oder die bereits einen Großteil ihres sozialen Netzwerkes verloren haben (Angermeyer & Klusmann, 1989), fallen letztlich nur noch durch Konflikte mit Institutionen der sozialen Kontrolle wie Polizei und Psychiatrie auf (Albrecht, 1981). Obwohl die sozialen Folgeschäden weder Krankheitssymptome noch hinreichende Bedingungen für eine Alkoholabhängigkeit darstellen, spielen sie eine bedeutsame, modulierende Rolle für die individuelle Ausprägung der Alkoholkrankheit und ihre Behandlung.

2.4.2 Psychische und psychiatrische Folgen

Im Zuge der Etablierung der Psychiatrie als eigenständige wissenschaftliche Disziplin entwickelt sich während des vorigen Jahrhunderts das Paradigma, daß alle psychiatrischen Symptome das direkte Resultat (organischer) Hirnläsionen seien (Horvath, Siever, Mohs & Davis, 1989). Dieses reduktionistische Auffassung findet Bestätigung durch die Arbeiten von Broca (1866) und Wernicke (1874), die entdecken, daß Läsionen in bestimmten Hirngebieten für Aphasien (Sprachversagen) verantwortlich sind. In ähnliche Richtung weisen die Studien von Korsakow (1890), der Gedächtnisstörungen in Verbindung mit Polyneuritis (Nervenschädigungen) als Folge chronischen Alkoholismus beschreibt.

Eugen Bleuler führte 1924 das Konzept des *chronischen organischen Psychosyndroms* ein, das sich durch verschlechterte intellektuelle Fähigkeiten, emotionale Labilität, geringe Impulskontrolle in Verbindung mit diffusen Hirnschädigungen äußert (Horvath et al., 1989, S. 601). Nach Berner (1977) zählen zu den Symptomen des *organischen Psychosyndroms* die Verschlechterung des Gedächtnisses, speziell des Kurzzeitgedächtnisses, reduzierte Funktionen von Verständnis, Einsicht, Vorstellung, Abstraktion und Assoziation mit dem Hang zu Perseverationen. Dazu treten verminderter Antrieb, Affektabstumpfung und -labilität auf. Zusätzlich können Desorientierung, depressive, euphorische und dysphorische Stimmung vorhanden sein (Grünberger, 1989). Zur Objektivierung dieser psychischen Leistungseinbußen wird wiederholt der Einsatz testpsychologischer Verfahren vorgeschlagen (Hell, 1985; Grünberger, 1989; Mann, Petersen, Schied, Schroth & Heimann, 1990; Stetter et al., 1990; Schneider, Schulz & Rienas, 1991). Schulte und Tölle (1979) weisen allerdings auf die Einschränkung hin, daß die meisten dieser Verfahren nicht speziell für die Registrierung psychoorganischer Ausfallerscheinungen, sondern allgemein für die Untersuchung z. B. von Intelligenz konstruiert wurden. Melgaard (1993) kritisiert, daß in der Fachliteratur - außer der Korsakow-Psychose - nur relativ wenig Definitionen chronischer intellektueller Beeinträchtigungen bei Alkoholkranken zu finden sind. "So wurde die «Dementia» im 19. Jahrhundert und zu Beginn des 20. Jahrhunderts regelmäßig beschrieben (Huss, 1852; Clouston, 1904), verschwand aber später aus der Literatur. Victor und Laureno (1978) nahmen diese Beschwerden in ihrer detaillierten Klassifikation von Erkrankungen des Nervensystems, die durch Alkoholismus verursacht wurden, nicht auf. Allerdings haben in der letzten Dekade eine Reihe von Studien verschiedene Aspekte intellektueller

Beeinträchtigungen in Verbindung mit langjährigem Alkoholmißbrauch und schwerem sozialen Alkoholkonsum beschrieben (Tarter, 1980). Klinisch dürften diese Beschwerden übersehen werden, wenn nicht speziell auf sie geachtet wird. Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, speziell für kürzliche Ereignisse, emotionale Instabilität, beeinträchtigtes logisches Denkvermögen, Mangel an Einsicht und Urteilsvermögen sind frühe Anzeichen, die sich heimtückisch entwickeln" (Melgaard, 1993, S. 32-33 [Übers. d. Verf.]). Hell (1985) bezeichnet die anfänglich auftretenden alkoholbedingten Hirnleistungseinbußen im Sinne eines Kontinuums als *subklinisch*. Ihr Ausmaß korreliere deutlich mit der Dauer und Intensität des Alkoholmißbrauchs, sie seien reversibel und Ihre Rückbildung verlaufe mit fortschreitender Abstinenz asymptotisch.

- *Psychische Leistungseinbußen*

Den Literaturstand zu Leistungseinbußen einzelner psychischer Funktionen wie Wahrnehmung, Lernen, Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit und Psychomotorik durch chronischen Alkoholmißbrauch faßt Schiewe (1995) folgendermaßen zusammen: Die Befundlage im Bereich *Intelligenz* ist uneinheitlich. Auch nach jahrelangem Alkoholmißbrauch können die Testwerte von Alkoholkranken im Normbereich liegen. Leistungseinbußen zeigen sich meist in nicht-sprachlichen Untertests, die komplexe Teilleistungen wie Abstraktion, Problemlösung, Planung, räumlich-visuelle Reizverarbeitung, Umstellungsfähigkeit, Aufmerksamkeit und Konzentration verlangen. Das *Gedächtnis* wird massiv durch Alkoholmißbrauch beeinträchtigt. Edwards (1986b) unterscheidet die globale Amnesie, die unvermittelt einsetzt "und aufhört und weder spontan noch auf Nachhilfe hin eine Erinnerung an das Geschehen zuläßt" (S. 78) und die partielle Amnesie ("blackout"), die nicht total ist, also Bruchstücke des Geschehenen zugänglich läßt. Erstere könne 30-60 Minuten ebenso wie zwei bis drei Tage dauern, während die partielle Amnesie zumeist wesentlich kürzer sei (s. Kapitel 2.4.3). Offenbar ist vor allem die Aufnahme und Reproduktion von visuellem Material stärker gestört als die von Worten, worauf zahlreiche Untersuchungen mit dem BENTON-Test hinweisen.

Grünberger (1989) führt eine Studie von Crahay (1957) an, in der sich zudem die Reproduktion als stärker geschädigt erwies als das Wiedererkennen, das unmittelbare Erkennen von Wörtern leicht, das von Zahlenreihen überhaupt nicht gestört war. Die Befundlage zur *Wahrnehmung* weist Beeinträchtigungen der Zeitwahrnehmung als ein Charakteristikum bei Alkoholabhängigen aus (Grünberger, 1989). Außerdem scheinen Wahrnehmung und Aufmerksamkeit - getestet mit dem d2-Test von Brickenkamp (1994) - bei Alkoholikerstichproben signifikant schlechter als in der Normalpopulation zu sein. Die Befundlage bezüglich der *Aufmerksamkeit* und *Konzentration* sind so eindeutig, daß Schiewe (1995) sie als Kardinalsymptome des chronischen Alkoholismus bezeichnet. Tarter (1980) fand in seiner Überblicksarbeit deutliche Hinweise dafür, daß

"ein beträchtlicher Teil chronischer Alkoholiker mit einer größeren perzeptiven Feldabhängigkeit reagiert als Normalprobanden" (S. 271 [Übers. v. Verf.]). Trotz methodischer Einschränkungen hinsichtlich der Art der jeweilig untersuchten *motorischen Leistungen* geht chronischer Alkoholmißbrauch eindeutig mit motorischen Leistungseinträchtigungen i. S. neurologischer Ausfallerscheinungen einher (s. u.). Die Grobmotorik scheint dabei leichter wiederherstellbar zu sein als die Feinmotorik (Grünberger, 1989).

Neben diesen neuropsychologischen Phänomenen führt Edwards (1986b) die folgenden alkoholbedingten psychiatrischen Störungen auf:

- *Delirium tremens*

Das *Delirium tremens* ist eine besonders schwere Form des Alkoholentzugssyndroms. Es tritt bei ca. 15% der Alkoholkranken zumeist nach Absetzen der Alkoholzufuhr auf und dauert in der Regel drei bis fünf Tage. Es äußert sich in Bewußtseinstörung und Desorientierung bezüglich der eigenen Person, des Ortes und der Zeit, lebhaften (meist optischen) Halluzinationen (kleine Tiere etc.) und ausgeprägtem Tremor der vorgehaltenen Hände, der Zunge oder der Augen. Außerdem können Angst, paranoide Wahnvorstellungen, erhöhte Suggestibilität, körperliche Unruhe und Erregtheit, Schwitzen, Schlaflosigkeit, rasender Puls, erhöhter Blutdruck und Fieber auftreten. Laut Feuerlein (1989) wird ein beträchtlicher Teil der Delirien durch Krampfanfälle vom *Grand-mal-Typ* (s. Kapitel 2.4.3) eingeleitet. Es besteht die Gefahr des Kreislaufversagens, was eine intensiv-medizinische Behandlung erforderlich macht. Ohne ärztliche Behandlung (z. B. durch dämpfende Medikation wie Ditraneurin) verläuft ca. jedes fünfte Delir tödlich.

- *Alkoholhalluzinose*

Die *Alkoholhalluzinose* ist eine relativ seltene Folgeerkrankung der Alkoholabhängigkeit, die vor allem durch paranoid geprägte, akustische Halluzinationen gekennzeichnet ist. Der Abhängige hört Stimmen, die ihm Vorwürfe machen, ihn bedrohen oder beschimpfen. Der Betroffene ist nicht delirös - also nicht bewußtseinsgestört -, und es besteht kein Zusammenhang zum Alkoholentzug. Eine Verwechslung mit einer schizophrenen Störung liegt nahe, es fehlen aber in der Regel ein kompliziertes Wahnsystem und schizophrene Denkstörungen. Bei einem Teil der Betroffenen klingt die Halluzinose bei Abstinenz innerhalb weniger Wochen ab. Beim anderen Teil kann sich ein chronischer Verlauf ergeben (Benedetti, 1952; Soyka, 1989; Soyka & Zugs, 1989).

- *Pathologische Eifersucht*

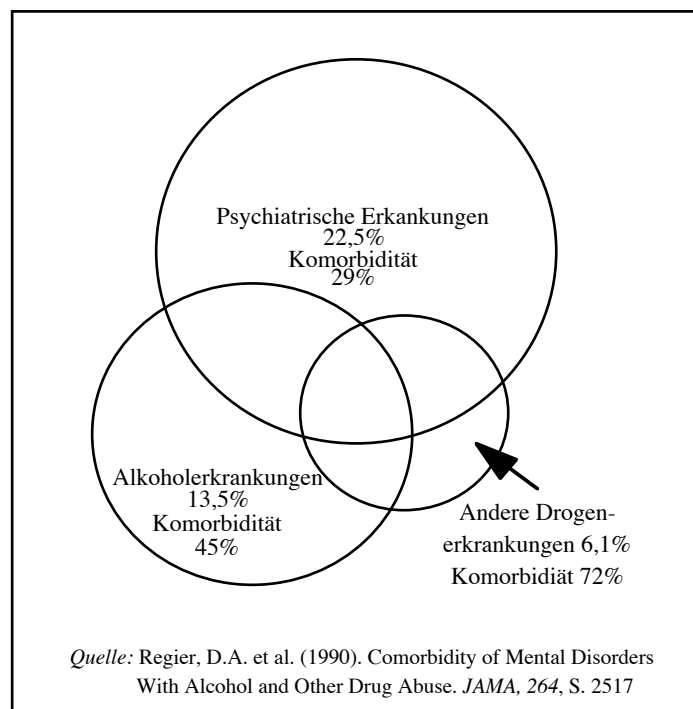
Es ist umstritten, ob es sich bei diesem Phänomen überhaupt um ein eigenes psychiatrisches Krankheitsbild handelt (Edwards, 1986b; Feuerlein, 1989). Es tritt fast nur bei männlichen Alkoholabhängigen auf und äußert sich in grotesken Untreuebeschuldigungen.

gen und krankhaften Verdächtigungen der Partnerin. Nach einer Sichtung von 61 Arbeiten zum alkoholischen Eifersuchtswahn kommen Schulz, Mauthe & Sündermann (1989) zu der Schätzung, daß "weniger als 1% der Alkoholiker von dieser Störung betroffen [sind]" (S. 273). Die Autoren weisen aber darauf hin, daß diagnostisch-nosologische Unsicherheiten eine Unterschätzung der wahren Prävalenz begünstigen könnten. Schulz et al. (1989) stellen zwei Erklärungsansätze gegenüber. Zum einen könnte der alkoholische Eifersuchtswahn Ausdruck einer anlagebedingten bzw. paranoiden Krankheit sein. Zum anderen wird das Phänomen als Folgeschaden chronischen Alkoholmißbrauchs betrachtet. Hierbei wird angenommen, daß Schuldgefühle, die der Alkoholiker wegen unzähliger Versäumnisse und Verfehlungen gegenüber seiner Partnerin hegt, auf die Partnerin projiziert werden. Ein zweiter Aspekt könnte der alkoholbedingte Potenzverlust des Abhängigen bei gleichbleibender oder gesteigerter Libido sein. Und ein dritter Anhaltspunkt könnten alkohol- und altersbedingte Cerebralschädigungen als Auslöser für eine Wahnerkrankung sein. Differentialdiagnostisch stellen sich Abgrenzungsprobleme zur Schizophrenie, paranoiden Psychosen, akuter oder chronischer Paralyse, organisch bedingter Psychosen etc. Verlauf und Prognose werden laut Schulz et al. (1989) im allgemeinen als schlecht beurteilt.

- *Psychiatrische Komorbidität*

In einer Untersuchung einer großen, repräsentativen Stichprobe der US-amerikanischen Bevölkerung fanden Regier et al. (1990) bei 13,5% der Probanden eine Lebenszeitdiagnose einer Alkoholerkrankung (Mißbrauch/Abhängigkeit nach *DSM-III*). 45% dieser Probanden wiesen zusätzlich eine psychiatrische Erkrankung oder eine andere Drogenabhängigkeit auf (s. Abbildung 3). Von den psychiatrischen Krankheitsbildern waren affektive Erkrankungen, Angststörungen und antisoziale Persönlichkeitsstörungen bei Alkoholkranken am häufigsten. Im Vergleich zu dieser Bevölkerungsstichprobe dürfte das Ausmaß der Komorbidität in klinischen Alkoholikergruppen deutlich höher liegen.

Abbildung 3: Lebenszeitprävalenz psychiatrischer und Abhängigkeitserkrankungen in den USA



a) *Depression*

Durch seine anfänglich stimmungsverbessernde Wirkung ist der Konsum von Alkohol bei depressiven Menschen sehr verbreitet. Andererseits verliert sich diese stimmungsaufhellende Eigenschaft bei länger anhaltendem Alkoholmißbrauch und kann - bei ursprünglich nicht-depressiven Konsumenten - zu einer Zunahme depressiver Symptome führen. Hinsichtlich des gemeinsamen Auftretens von Alkoholabhängigkeit und depressiven Erkrankungen werden vier Kombinationen diskutiert:

1. Depressive Symptome entwickeln sich vor dem Hintergrund einer langjährigen Alkoholabhängigkeit. Für diese Variante sprechen die langfristig stimmungsdämpfende Wirkung von Alkohol und die vielfältigen im Zuge einer Entgiftung auftretenden Schuld- oder Verlusterfahrungen von Alkoholkranken.
2. Die Abhängigkeit entsteht - sekundär - als Selbstbehandlungsversuch einer bestehenden Depression. Für eine solche Variante sprechen die Zahlen präorbider depressiver Erkrankungen.
3. Alkoholabhängigkeit und Depression sind zwei unabhängig voneinander auftretende Erkrankungen.
4. Alkoholabhängigkeit und Depression sind lediglich in ihrem Erscheinungsbild unterschiedliche Manifestationen ein und derselben genetischen Anlage/Krankheits-einheit (Winokour, 1979).

Besondere diagnostische Probleme beim Zusammentreffen von Alkoholabhängigkeit und Depressionen bilden:

1. die Abgrenzung von depressiven Symptomen Alkoholkranker zumeist im Verlauf einer Entzugs-/Entwöhnungsbehandlung von einer unabhängigen voll ausgeprägten zusätzlichen depressiven Erkrankung bei bestehender Alkoholabhängigkeit (Biniek, 1989) und
2. die Unterscheidung von *primärer* und *sekundärer Alkoholabhängigkeit* in Verbindung mit einer depressiven Erkrankung (Schuckit, 1989). Zur Diagnose einer *primären* bzw. *sekundären Alkoholabhängigkeit* ist die diagnostische Abklärung der depressiven Störung notwendig und die Erhebung des Ersterkrankungsalters für beide Störungen unerlässlich (Schuckit, 1989).

Regier et al. (1990) fanden in der o. g. epidemiologischen Komorbiditätsstudie, daß von den Personen, die bereits irgendwann in ihrem Leben an Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit (DSM-III) gelitten hatten, 13,4% zusätzlich an einer affektiven Störung erkrankt waren. Die Wahrscheinlichkeit für eine affektive Erkrankung ist bei den Alkoholkranken damit zweimal so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung (odds ratio =1.9). Die Lebenszeitprävalenz für eine der affektiven Störungen betrug in derselben Studie 8,3%. Eine zusätzliche Lebenszeitdiagnose für Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit war bei 21,8% der affektiv Erkrankten zu finden und lag damit zweimal so hoch wie in

der Allgemeinbevölkerung (odds ratio=1.9). Unter den Probanden mit einer bipolaren Störung (1,3%) hatten 43,6% eine zusätzliche Alkoholdiagnose mit einer viermal höheren Auftretenswahrscheinlichkeit als in der Allgemeinbevölkerung (odds ratio=4.1). In der *MFS* fanden Bronisch und Wittchen (1992) mit einer modifizierten deutschen Form der *Diagnostic Interview Schedule (DIS)*; Wittchen, 1984) bei den Probanden mit einer Lebenszeitdiagnose für Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit (*DSM-III*) eine zusätzliche Dysthymie bei 6,8% (in der Allgemeinbevölkerung 4%) und die Zusatzdiagnose einer *major depression* bei 9,8% der Alkoholkranken (in der Allgemeinbevölkerung 9%).

Die Prävalenzraten von Depressionen bei behandelten Alkoholikerpopulationen variieren z. T. erheblich. Herbig (1990) zitiert verschiedene Untersuchungen (Winokur, 1970; Woodruff, Guze, Clayton & Carr, 1973; Cadoret & Winokur, 1974; Robins, Gentry, Munoz & Marten, 1977; Fowler, Liskow & Tanna, 1980; Halikas, Herzog, Mirassou & Lyttle, 1981), nach denen Depressionen - zumindest zeitweise - bei 12 bis 51% behandelter Alkoholkranken berichtet werden. Penick et al. (1984) fanden in einer syndromorientierten Untersuchung von 565 männlichen Alkoholkranken mit dem standardisierten *Psychiatric Diagnostic Interview (PDI)*; Othmer, Penick & Powell, 1981) bei 42% ihrer Patienten Depressionen. Damit waren Depressionen die häufigste psychiatrische Zusatzdiagnose in dieser Behandlungsgruppe Alkoholkranker. Czisch, Böser, Mundle, Plauth und Mann (1995) berichten in ihrer Untersuchung von 70 Alkoholabhängigen zu Behandlungsbeginn bei 6% mittelgradige bis schwere depressive Symptome bei der Erhebung mittels eines Fremdratingverfahrens (*Hamilton-Depression-Rating-Scale for Depression; HDRS*; Hamilton, 1960) und bei 16% bei der Erhebung mit einer Selbstbeurteilungsskala (*Beck-Depression-Inventory; BDI*; Beck, 1978). Nach sechswöchiger Behandlung ohne depressionsspezifische Elemente hatten sich die depressiven Symptome signifikant verringert. Dies veranlaßt die Autoren zu dem Schluß, daß in der überwiegenden Zahl der Fälle, depressive Symptome ein sekundäres Phänomen der Alkoholabhängigkeit sind. Brown et al. (1995) untersuchten den Verlauf depressiver Symptome ebenfalls mit der *Hamilton-Depression-Rating-Scale* innerhalb der ersten vier Wochen nach der Aufnahme. Die Autoren teilten 54 ausschließlich männliche Patienten nach *DSM-III*-Kriterien in die vier Gruppen ein: primär alkoholabhängig, primär alkoholabhängig plus sekundär affektiv erkrankt, primär affektiv erkrankt plus sekundär alkoholkrank und rein primär affektiv erkrankt. In allen vier Gruppen kam es ohne Medikation bei wöchentlichen Erhebungen mit der *HDRS* innerhalb der ersten vier Wochen zu signifikanten Symptomreduktionen. Die Besserungen in den Faktoren *dysphorische Stimmung*, *dysfunktionale Kognitionen*, *Angst/Agitiertheit* und *vegetative Symptome* waren bei den primär Alkoholkranken jedoch erheblich stärker und signifikant deutlicher als bei den primär affektiv Erkrankten. Die Autoren betonen die Unterscheidung primärer und sekundärer Erkrankungen auf der Grundlage ihres chronologischen Auftretens für die Behandlungsentscheidungen und Prognose.

Zur Vermeidung von Fehldiagnosen empfehlen sie die endgültige Diagnose akuter psychiatrischer Symptome erst nach vierwöchiger Alkoholabstinenz. Herbig (1990) kommt nach einer Sichtung einschlägiger Studien (Woodruff et al., 1973; Cadoret & Winokur, 1974; Tyndel, 1974; Robins et al., 1977; Keeler, Taylor & Miller, 1979) zu dem Schluß, daß zwischen 4 und 12% der Alkoholkranken einen *sekundären Alkoholabusus* auf der Grundlage einer bereits bestehenden *Depression* entwickeln. Schuckit (1989) schätzt, daß 10 bis 15% der alkoholabhängigen Frauen und wahrscheinlich nicht mehr als 5% der alkoholabhängigen Männer, die sich für eine Therapie vorstellen, tatsächlich an einer *primär affektiven Störungen* leiden und *sekundär alkoholkrank* sind; bei ca. 5% der Alkoholpatienten bestünden Abhängigkeit und Depression als völlig voneinander getrennte Erkrankungen (Schuckit, 1989). Die starken Befundvariationen sind auf unterschiedliche nosologische Konzepte, Diagnose-Kriterien und Erhebungszeitpunkte zurückzuführen (Bronisch, 1985).

Zusammenfassend ist zu festzuhalten, daß es zwischen Depression und Alkoholabhängigkeit unterschiedliche Formen des Zusammenwirkens zu geben scheint. In wissenschaftlicher Hinsicht ist die Konzeptualisierung der beiden Syndrome von grundlegender Bedeutung, ebenso wie die Wahl der Untersuchungszeitpunkte. Von klinischer Relevanz ist u. a. die Gefahr erhöhter Suizidalität.

b) *Suizid*

Alkoholabhängigkeit ist - nach depressiven Erkrankungen - die zweithäufigste psychiatrische Ursache für Selbsttötungen (Kaplan & Sadock, 1989; Wolfersdorf, Wedler & Welz, 1992). Welz (1992) gibt für Westdeutschland eine Suizidrate von 15,6 pro 100.000 Einwohner (0,0156%) im Jahr 1990 an. Die Suizidwahrscheinlichkeit unter Alkoholkranken liegt nach Einschätzungen von Murphy und Wetzel (1990) und Roy (1993) 60 bis 120mal höher als in der Allgemeinbevölkerung. Das Lebenszeitrisko behandelter und unbehandelter Alkoholiker für Suizid liegt bei 2 bis 3,4% (Murphy & Wetzel, 1990). Lesch, Bonte, Musalek & Sprung (1990) fanden in ihrer Katamnesestudie, daß nach einem Beobachtungszeitraum von vier bis sieben Jahren 3% ihrer ursprünglich 444 untersuchten, behandelten Alkoholkranken an Suizid verstorben waren. Die Rate versuchter Suizide wird auf das 10- bis 15fache der tatsächlichen Suizide geschätzt. Nach Kaplan und Sadock (1989) werden in den USA jährlich zwischen 7.000 und 13.000 alkoholbedingte Selbsttötungen begangen.

Der Zusammenhang von Alkoholabhängigkeit und Suizid ist bisher ungeklärt. Bronisch (1992) führt zwei Erklärungsansätze auf:

1. *die Hypothese einer gemeinsamen Ursache für Abhängigkeit und Suizid (common cause theory)*

Diese Hypothese ist vor allem durch den Umstand gehäufte depressiver Symptome bei Alkoholkranken gefördert worden. "Andererseits konnten epidemiologische wie klinische Studien nachweisen, daß über die Hälfte aller Depressiver keine Suizidgedanken oder Suizidhandlungen aufweisen, d. h. depressive Verstimmungen, depressive Symptome sind eine notwendige aber nicht hinreichende Bedingung für Suizidversuche und wohl auch Suizide" (Bronisch, 1992, S. 201).

2. *die Hypothese vermehrter Suizidhandlungen aufgrund der spezifischen Abhängigkeitsdynamik (processual cause interpretation)*

In diese Richtung deutet die erhöhte Suizidgefahr in depressiven Verstimmungen während des Alkoholentzuges sowie Persönlichkeitsveränderungen und der Verlust sozialer Beziehungen - insbesondere naher Angehöriger - bei langjähriger Alkoholabhängigkeit (Bronisch, 1992). Der Suizid wäre in diesem Fall eine Reaktion auf die negativen sekundären Veränderungen durch die Abhängigkeitserkrankung (*alkoholbedingte Folgeschäden*). Der Umstand, daß die meisten Alkoholkranken während des Suizidversuches intoxiziert sind, veranlaßte Sonneck (1991) dazu, Alkohol nicht nur eine enthemmende Wirkung bei der Durchführung eines gefaßten Suizidentschlusses zuzuschreiben, sondern seiner toxischen Wirkung selbst für die Entstehung von Suizidgedanken förderlich zu halten. Stötzer, Poser und Becker (1988) fanden in einer Nachuntersuchung von 1.167 Suchtkranken sechs Jahre nach der Erstbehandlung eine deutlich erhöhte Sterblichkeit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Dieser Befund war allerdings größtenteils durch die Einbeziehung von Konsumenten illegaler Drogen zurückzuführen war. Suizid war bei weitem die häufigste Todesursache. Die Mehrheit der Patienten, die Suizid begangen hatten, waren während des Entzugs oder unter Drogeneinfluß gestorben, nur einige wenige in Abstinenz. Die Autoren halten diesen Befund mit der *common cause theory* für unvereinbar und am ehesten durch die pharmakologische Wirkung von Suchtmitteln oder Entzugsdepressionen im Sinne einer *processual cause interpretation* für erklärbar.

c) *Angsterkrankungen*

Ähnlich wie im Zusammenhang mit Depressionen stellt sich bei Angsterkrankungen und Alkoholabhängigkeit diagnostisch das Problem der Unterscheidung von *primär* und *sekundär*. Überschneidungen zwischen Angsterkrankungen und Alkoholabhängigkeit - besonders in Alkoholentzugsperioden - haben einige Forscher zu Spekulationen über gemeinsame neurochemische Erregungsmuster veranlaßt (George et al., 1990). Brady und Lydiard (1993) vermuten, daß es zwischen wiederholten Alkoholentzügen und Angsterkrankungen eine Art "Entfachtungsprozesse" gibt, die möglicherweise auf entzugsbedingten EEG-Anomalien beruhen. Bei gleichzeitigem Auftreten beider Er-

krankungen scheinen Angsterkrankungen die Abhängigkeitsentwicklung bzw. umgekehrt die Alkoholabhängigkeit die Angsterkrankung zu verschärfen. Die zeitliche Abfolge beider Erkrankungen unterscheidet sich aber je nach Art der Angsterkrankung. So gehen *soziale* und *Agoraphobien* zeitlich der Abhängigkeitsentwicklung häufig voraus, während *Panik-* und *generalisierte Angsterkrankungen* im Rahmen von Entzügen auftreten und der Abhängigkeitsentwicklung zeitlich eher folgen.

Angsterkrankungen kommen bei Alkoholabhängigen häufig vor. In der bereits genannten Studie von Regier et al. (1990) hatten 19,4% der Alkoholkranken eine zusätzliche Lebenszeitdiagnose einer Angsterkrankung nach *DSM-III*. Diese Prävalenz korrespondiert mit der starken Verbreitung von Angstkrankheiten in der allgemeinen Bevölkerung, von der sich Alkoholabhängige in dieser Hinsicht nur wenig unterscheiden (odds ratio=1.5). Helzer und Pryzbeck (1988) fanden ebenfalls auf der Grundlage der *Epidemiologic Catchment Area (ECA)* Daten unter den Probanden mit einer Lebenszeitdiagnose für Alkoholismus ein 2,4fach erhöhtes Erkrankungsrisiko für Panikerkrankungen, eine 2,1fach erhöhte Erkrankungswahrscheinlichkeit für Zwangserkrankungen und ein 1,4fach erhöhtes Erkrankungsrisiko für Phobien gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Bronisch und Wittchen (1992) berichteten für die Alkoholkranken ihrer *MFS* für 14,7% eine zusätzliche Lebenszeitdiagnose einer Phobie, 8,7% mit der einer Panikerkrankung und 2% mit einer Zwangserkrankung (*DSM-III*). Die Prävalenzzahlen der Panikerkrankungen unter den Alkoholkranken war damit etwa dreimal so hoch wie die in der Allgemeinbevölkerung (2,4%).

Im Vergleich zu den genannten epidemiologischen Studien kommen verschiedene Untersuchungen stationär behandelter Alkoholkranker zu Lebenszeit-Komorbiditätsraten für Angsterkrankungen von 10 bis 25% (Powell, Penick, Othmer, Bingham & Rice, 1982; Weiss & Rosenberg, 1985; Johannessen et al., 1989; Westermeyer, Tucker & Nugent, 1995). Auch bei diesen klinischen Studien auf der Grundlage von *DSM-III* sind Panikerkrankungen die häufigsten Angstkrankheiten unter Alkoholabhängigen. Die Punktprävalenz variiert nach Westermeyer et al. (1995) in verschiedenen alkoholabhängigen Behandlungsgruppen zwischen 6 und 19%. Obwohl Brady und Lydiard (1993) weitere Studien mit wesentlich höheren Prävalenzraten aufführen, sind die vermehrten Angstsymptome zumeist auf Erhebungszeitpunkte während des Alkoholmißbrauchs oder -entzugs zurückzuführen. Einfache Phobien treten bei Alkoholkranken nicht gehäuft auf, während generalisierte Angsterkrankungen und Panikerkrankungen offenbar überrepräsentiert sind (Brady & Lydiard, 1993). In einer Gruppe stationär behandelter Alkoholkranker fanden Chambless, Cherney und Caputo (1987) 8% Agoraphobien, 9,3% Panikerkrankungen, 2,7% Zwangserkrankungen und 18,7% soziale Phobien. Die verschiedenen Prävalenzraten in Untersuchungen von Behandlungsstich-

proben sind aufgrund unterschiedlicher Rekrutierungsverfahren, Diagnosekriterien und -instrumente und Erhebungszeitpunkten nur selten direkt vergleichbar.

Von 171 männlichen *primär* Alkoholkranken, die Brown, Irwin und Schuckit (1991) mit dem *State Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, 1983) untersucht haben, weisen zu Beginn ihrer Behandlung 40% State-Anxiety Scores über dem 75%-Percentil ihrer Altersgruppe (S-Anxiety ≥ 44) auf. Diese Scores sinken signifikant während der vierwöchigen Behandlungsdauer auf einen Anteil von 12% bei Entlassung. 41% der Alkoholkranken sind drei Monate nach Entlassung rückfällig geworden. Die abstinent Gebliebenen unterscheiden sich gruppenstatistisch von den Rückfälligen im State-Anxiety Score nur zum Follow-Up-Zeitpunkt signifikant. Es muß allerdings eingeschränkt werden, daß Probanden, die bei Entlassung einen sehr hohen individuellen Anxiety-Score aufweisen, drei Monate nach Behandlung auch eher rückfällig sind. Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der zeitstabileren Trait-Anxiety. Auch hier überschreiten 33,5% bei Aufnahme das 75%-Percentil ihrer Altersgruppe. Drei Monate nach der Entlassung ist auch der Prozentsatz der Trait-Anxiety signifikant gesunken. Die Autoren ziehen aus den Ergebnissen den Schluß, daß State- und Trait-Anxiety Symptome bei Alkoholkranken bei Aufnahme sehr verbreitet sind, sich aber innerhalb zweiwöchiger Abstinenz auf ein normales Maß zurückbilden. Panikerkrankungen und generalisierte Angsterkrankungen, die sich bei 8% der Patienten nach Beginn der Alkoholabhängigkeit eingestellt hatten, bedeuteten keine erhöhte Rückfallgefährdung. Eine Einschränkung der Befunde bildet der Ausschluß weiblicher Alkoholkranker, da die Prävalenz von Angsterkrankungen bei Frauen höher ist als bei Männern. Durch den Ausschluß primär Angsterkrankter mit sekundärer Alkoholabhängigkeit aus der Studie bleibt zudem ein weiterführender Einblick in die Dynamik beider Erkrankungen verstellt.

Die Schätzungen von *sekundärem* Alkoholmißbrauch bei *primären* Angsterkrankungen variiert nach Brady und Lydiard (1993) zwischen 7 und 36%. Auch hier gelten die o. g. methodischen Einschränkungen. Bibb und Chambless (1986) fanden in einer Stichprobe von 254 Agoraphobikern in ambulanter Behandlung 10% mit einem akuten Alkoholmißbrauch und 12% mit einer aktuellen Alkoholabhängigkeit nach *DSM-III*. Die zeitliche Entstehung von Agoraphobie und problematischem Alkoholkonsum folgte keinem einheitlichen Entwicklungsmuster. Die alkoholkranken Agoraphobiker fürchteten sich stärker vor sozialen Situationen, litten in Angstzuständen stärker unter somatischen Symptomen und neigten stärker zu katastrophierenden Gedanken als die nicht-abhängige, agoraphobische Kontrollgruppe. Außerdem empfanden die Alkoholkranken Panikattacken intensiver. Der Einsatz von Alkohol zur Selbstmedikation phobischer Symptome war bei den alkoholabhängigen signifikant häufiger (91%) als bei den nicht-alkoholkranken Angstpatienten (43%). Die Autoren vermuten hinsichtlich der Verbrei-

tung von Alkoholproblemen bei Agoraphobikern eine Unterschätzung in ihrer Studie, da ambulante Angstpatienten i. d. R. weniger beeinträchtigt und motivierter seien als stationäre Patienten. Sie weisen außerdem darauf hin, daß das Mißbrauchsmuster bei Agoraphobikern durch die Interaktion mit der Angsterkrankung nicht dem typischen Abhängigkeitssyndrom entspreche und daher oft übersehen werde. Agoraphobiker, die Alkohol mißbräuchlich einsetzten, mußten verschiedene, konkurrierende Bedürfnisse ausbalancieren, indem sie z. B. mittels Alkohol ihre Angst reduzierten, gleichzeitig aber den Kontrollverlust durch Alkoholintoxikation vermeiden mußten. Insofern sei ein chronischer Niederdosis-Konsum von Alkohol bei Agoraphobikern wahrscheinlicher als ein episodischer Hochdosis-Mißbrauch. Der Niederdosis-Konsum sei aber mit der gängigen Alkoholdiagnostik nur schwer feststellbar (s. Abschnitt Schizophrenie). In ätiologischer Hinsicht betonen die Autoren das größere Ausmaß von kindlichen Entwicklungsstörungen in Form von Trennungen, physischem und sexuellem Mißbrauch bei den alkoholkranken Agoraphobikern.

Grundsätzlich läßt sich zusammenfassen, daß über die Art der Beziehung zwischen Angsterkrankungen und Alkoholmißbrauch/-abhängigkeit bisher wenig gesichertes Wissen existiert. Angsterkrankungen insgesamt scheinen bei *primär* Alkoholkranken nur wenig häufiger als in der Allgemeinbevölkerung aufzutreten, in der sie allerdings sehr verbreitet sind. Trotzdem scheinen sie eine bestehende Alkoholabhängigkeit zusätzlich zu erschweren. Panikerkrankungen und Generalisierte Angsterkrankungen treten besonders häufig im Zusammenhang mit Alkoholabhängigkeit und Alkoholentzügen auf, weshalb neurophysiologische Veränderungsprozesse im Sinne einer *Entfaltungshypothese* erwogen werden. Einfache Phobien scheinen bei Alkoholkranken von untergeordneter Bedeutung zu sein. Im Hinblick auf *primäre* Agoraphobiker scheint Alkoholmißbrauch im Sinne einer Selbstmedikation eine besondere Rolle zuzukommen.

d) Schizophrenie

Edwards (1986b) bezeichnet Schizophrenie bzw. schizophrene Symptome bei Alkoholkranken als relativ seltenes Phänomen. Diese Beobachtung bestätigen auch Regier et al. (1990), die eine Lebenszeitprävalenz von 3,8% für schizophrene Erkrankungen bei den primär Alkoholkranken ihrer epidemiologischen Studie fanden. Trotzdem ist die Wahrscheinlichkeit für eine schizophrene Erkrankung bei bestehender Alkoholabhängigkeit dreimal so hoch wie in der allgemeinen Bevölkerung (odds ratio= 3.3).

Überraschend hoch ist der Anteil zusätzlicher, sekundärer Alkoholdiagnosen (33,7%) bei Probanden mit schizophrenen Erkrankungen (Regier et al., 1990). Dieser Befund wird auch durch Studien an Schizophrenen in Behandlung gestützt, die eine zusätzliche Lebenszeitdiagnose für Alkoholmißbrauch/-abhängigkeit zwischen 31 und 48% (Miller

& Tanenbaum, 1989; Barbee, Clark, Crapanzano, Heintz & Kehoe, 1989; Mueser et al., 1990) und eine 6-Monatsprävalenz von 10 bis 34% (Dragee, Osher & Wallach, 1989; Test, Wallisch, Allness & Ripp, 1989; Mueser et al., 1990) berichten. Zeiler (1990; 1991) schätzt die Prävalenzraten für Alkoholmißbrauch bei hospitalisierten Schizophrenen auf 10 bis 20%. Der Autor problematisiert die Anwendung operationaler Kriterien für Alkoholabhängigkeit bei Schizophrenen. So könne der fortgesetzte Alkoholkonsum trotz eingetretener körperlicher Schädigung bei einem schizophren Erkrankten "nicht unbesehen als Einzelmerkmal eines pathologischen Gebrauchs (i. S. von DSM-III) eingeordnet werden" (Zeiler, 1991, S. 231). In ähnliche Richtung weisen auch Einwände Drakes et al. (1990), daß viele schizophren Erkrankte alkoholbezogene Probleme aufweisen, ohne aber eine voll ausgeprägte Abhängigkeit zu entwickeln. Den meisten Alkoholismusingenturen fehlten die notwendige Sensitivität und Spezifität, um die spezielle Art des Alkoholmißbrauchs bei Schizophrenen zu erfassen.

Differentialdiagnostisch wird es dort schwierig, wo die Alkoholabhängigkeit in Verbindung mit psychotischen Symptomen wie Halluzinationen, Beeinflussungs- oder Verfolgungsideen etwa während eines Deliriums tremens oder einer Alkoholhalluzinose auftritt (Soyka & Zugs, 1989). Diese Symptome wurden lange Zeit nicht mit einer möglichen, zusätzlichen schizophrenen Störung in Bezug gesetzt, da die hierarchische Struktur der psychiatrischen Krankheitslehre (Nosologie) das Konzept der Komorbidität nur begrenzt berücksichtigte. Mit dem Aufkommen der operationalen Diagnostik des *DSM-III* (APA, 1980) fand eine explizite Beschreibung psychiatrischer Syndrome über ihre Symptome statt und die Möglichkeiten gemeinsamen Auftretens (Komorbidität) fanden stärkere Berücksichtigung.

In verschiedenen amerikanischen Untersuchungen fanden die Autoren (Powell et al., 1982; Hesselbrock, Meyer & Keener, 1985; Ross, Glaser & Germanson, 1988) unter den Alkoholkranken psychiatrischer Institutionen zwischen 2 und 8% schizophrene Störungen. In einer deutschsprachigen Studie fanden Wagner, Schwoon, Krausz und Hilge (1990) bei 108 konsekutiv aufgenommenen Alkoholkranken einer Psychiatrischen Universitätsklinik eine Lebenszeitprävalenz von 25% für schizophrene Symptome (Symptome ersten Ranges nach K. Schneider, 1976). Den relativ hohen Prozentsatz im Vergleich zu amerikanischen Untersuchungen von primär Alkoholkranken erklären die Autoren mit anderen diagnostischen Kriterien und durch die Einbeziehung von 13 primär schizophren Erkrankten (12%) mit einer Abhängigkeitsproblematik.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß schizophrene Erkrankungen bei *primär Alkoholkranken* selten, aber doch dreimal häufiger vorkommen als in der Allgemeinbevölkerung. Unter *primär schizophren Erkrankten* scheint ein atypischer Alkoholmißbrauch in Form von Selbstmedikation sehr verbreitet zu sein. Die hohen Komorbiditäts-

raten in klinischen Populationen im Vergleich zu Bevölkerungsstudien sind dadurch erklärbar, daß für psychisch mehrfach Erkrankte eine stärkere Behandlungsnotwendigkeit besteht als für einfach Erkrankte und sie daher auch häufiger in Behandlungseinrichtungen zu finden sind. Dies verursacht lt. Berkson (1946) eine systematische Überschätzung hinsichtlich der 'wahren Komorbiditätsrate' (zitiert nach Regier et al., 1990).

Die Unterscheidung zwischen depressiven, schizophrenen oder Angstsymptomen bei Alkoholabhängigkeit und voll ausgeprägten psychiatrischen Syndromen ist in der akuten Entzugssituationen oft schwer zu treffen. Ebenso kann Alkoholmißbrauch im Zusammenhang mit einem depressiven, schizophrenen oder Angsterkrankungsgeschehen oft als individueller Bewältigungsversuch betrachtet werden. Die zitierten Untersuchungen belegen eindeutig, daß Alkoholabhängigkeit eine Krankheit ist, die überzufällig häufig mit zusätzlichen psychiatrischen Störungen zusammenfällt, die den Krankheitsverlauf nachhaltig negativ beeinträchtigen, und damit zu einer Verschlimmerung der Abhängigkeit in Richtung auf eine chronische Mehrfachschädigung führen können.

2.4.3 Körperliche Folgen

Somatisch wirkt sich langjähriger Alkoholmißbrauch in zweierlei Weise negativ auf den körperlichen Zustand des Abhängigkeitskranken aus. Zum einen ersetzt der Alkohol bei vielen Alkoholkranken mit zunehmender Abhängigkeit die normale Ernährung, was zu Mangelerscheinungen führt. Zum anderen wirkt Alkohol auf die Zellen der inneren Organe, des Herz-Kreislauf- und des Nervensystems toxisch. Peiffer (1989) nennt als Grundprinzipien der Schädigung: die *Störung der Proteinsynthese* und eine *Änderung in den Membranen der Zellorganellen und der Zellen*. Die krankheitsverursachende Wirkung des Alkohols basiert nach Angaben des Autors vor allem auf den zelltoxischen Folgen des Alkoholabbauproduktes *Acetaldehyd*. Die daraus resultierenden Veränderungen des Plasmaspiegels der Lipide (Fette) beeinträchtigt die Proteinsynthese und wirkt sich auf die Funktion von Enzymen und Rezeptormembranen aus. Alkoholbedingte Schädigungen der Leber ziehen wiederum Ernährungsmängel - insbesondere Avitaminose - nach sich und führen im Zusammenspiel mit gefäßschädigenden Wirkungen von Alkohol zu hypoxischen Zuständen (Sauerstoffmangel) im (Hirn-) Gewebe.

Alkoholbedingte somatische Erkrankungen fallen hauptsächlich in den medizinischen Fachrichtungen Neurologie, Innere Medizin und (Unfall-) Chirurgie an. Im Bereich der Neurologie sind die häufigsten alkoholbedingten Syndrome epileptische Anfälle, Polyneuropathien, Klein- und Großhirnatrophien und das Wernicke-Korsakow-Syndrom. Im Bereich der Inneren Medizin zeigen sich Leber-, Pankreas-, Magen-Darm-, Herz-Kreislauf- sowie Stoffwechselerkrankungen. In der Chirurgie treten vor allem alkoholbedingte Unfälle zutage. Im folgenden werden daher die wichtigsten körperlichen Erkrankungen beschrieben, die Alkohol verursacht.

- *Krampfanfälle (Alkoholepilepsie)*

Bei ca. 20 bis 30% der Alkoholkranken treten epileptische Anfälle auf. Sie können 12-24 Stunden nach dem Alkoholentzug als Vorstadium des Delirium tremens auftreten (bei ca. 1/3 der Entzugskrämpfe) oder in Verbindung bzw. während eines Alkoholrausches. Die Anfälle - zumeist vom *Grand-mal-Typus* - äußern sich in plötzlicher Bewußtlosigkeit, Muskelstarre und Schüttelkrämpfen aller vier Gliedmaßen. Während der Krampfphase kommt es kurzzeitig zum Atemstillstand, weshalb eine Blaufärbung des Gesichts entstehen kann. Weitere Symptome sind Schaumbildung vor dem Mund, Zungenbiß und Einnässen. Ein Anfall dauert in der Regel einige Sekunden oder Minuten. Ein *status epilepticus* - eine ununterbrochene Abfolge von Krämpfen - mit akuter Lebensgefahr ist eher selten. Ein epileptischer Anfall geht mit dem Verlust von Gehirnzellen einher. Nach dem Abklingen besteht beim Betroffenen starke Ermüdung und eine Erinnerungslücke für die Zeit des Anfalls. Bei einem Anfall zu Beginn eines Entzugs sollte mit der Möglichkeit eines weiteren bzw. der drohenden Gefahr eines Delirium tremens gerechnet werden. Auch während der weiteren körperlichen Entgiftung bleibt die Krampfschwelle gesenkt, und es besteht die Gefahr der Krampfprovokation durch starke Lichtreize wie z. B. Fernsehen.

- *Polyneuropathie*

Die alkoholbedingte Polyneuropathie ist mit einem Auftreten bei ca. 20% aller Alkoholkranken die häufigste alkoholbedingte Störung des peripheren Nervensystems. Es handelt sich bei der Polyneuropathie um eine axonale Degeneration (Schädigung der langen Nervenfasern in Armen und Beinen) durch die toxischen Einflüssen von Alkoholmetaboliten wie Acetaldehyd und einer Demyelinisierung der Nervenbahnen aufgrund von Vitaminmangel. Nach Angaben von Poeck (1990) sind die Beine in der Regel stärker betroffen als die Arme. Besonders deutlich zeigt sich die Polyneuropathie in den Unterschenkeln und Füßen in Form von schmerzhaften Mißempfindungen, Kribbelparästhesien, Taubheitsgefühlen und Muskelkrämpfen. Schmerz- und Vibrationsempfindung können beeinträchtigt sein. Achilles- und Partellarsehnenreflex können abgeschwächt sein oder ganz fehlen.

- *Hirnatrophien*

Die negativen Folgen des Vitaminmangels können sich auch auf den Vorderwurm des Kleinhirns auswirken. Dabei kommt es offenbar zu einer Schrumpfung von Körner- und Purkinjezellen, die im Endstadium auch zu einem Zellausfall führen kann. Charakteristische Symptome einer solchen Kleinhirnatrophie sind Gang- und Standataxie (motorische Koordinationsstörungen mit breitbeinigem, unsicherem Gang), Reflexstörungen, (Intentions-) Tremor (vorwiegend der Hände) und Blickrichtungsnystagmus (ruckartige Blickfolge; Peiffer, 1989). Die Reversibilität dieser Störungen ist bei Einhaltung völliger Alkoholabstinenz - entgegen früherer Auffassungen - belegt. Erweiterungen

der Rindenfurchen und Ventrikel sind computertomographisch auch für das Großhirn nachweisbar. Auch hier ist Atrophie nicht selbstverständlich mit Zellverfall gleichzusetzen. Bis zu einem gewissen Stadium können sich geschrumpfte Großhirnareale - analog zu einer Muskelatrophie - bei Alkoholabstinenz und Vitamingabe wieder regenerieren. Nach Scholz und Diener (1989) finden sich mittels computertomographischer Diagnostik bei 10 bis 36% der Alkoholkranken cerebelläre Atrophien. Allerdings sei der Grad der Übereinstimmung von Atrophiebefunden und klinischen Symptomen gering. Ähnliche Resultate berichtet auch Melgaard (1993) für den Zusammenhang zwischen neuropsychologischen und morphologischen Befunden. Peiffer (1989) weist aber darauf hin, daß neben den toxischen Wirkungen des Alkohols auch hepatische Enzephalopathien und Schädel-Hirn-Traumata bei vielen Alkoholkranken zu atrophierenden Vorgängen im Gehirn führen können.

- *Wernicke-Korsakow-Enzephalopathie*

Die gravierendste durch Alkohol verursachte organisch bedingte psychische Störung ist das sogenannte *Wernicke-Korsakow-Enzephalopathie*. Diese von den beiden Neurologen Sergej Korsakow und Carl Wernicke zwischen 1880 und 1890 unabhängig voneinander beschriebenen Syndrome werden in der aktuellen Diskussion als nosologische Einheit aufgefaßt (Redlich & Freedman, 1976; Feuerlein, 1989; Kaplan & Sadock, 1989; Wessel, 1989; Steingass, 1995). Das Korsakow-Syndrom ist gekennzeichnet durch:

- Verlust des Altgedächtnisses, regelmäßig verbunden mit der Unfähigkeit, sich neue Gedächtnisinhalte einzuprägen oder zu lernen,
- verminderte Fähigkeit der Reproduktion von Gedächtnisinhalten,
- relativ geringe, aber eindeutige Verschlechterung des Perzeptionsvermögens und der Auffassungsfähigkeit,
- Verminderung der Spontaneität und Initiative. Konfabulationen werden als nicht regelmäßig auftretende Störungen bezeichnet, besonders nicht in der chronischen Phase der Krankheit. Sie sind deswegen auch nicht notwendig für die Diagnose.
- Störungen der Konzentrationsfähigkeit, der räumlichen Organisation und der visuellen und verbalen Abstraktion" (Feuerlein, 1989, S. 129).

Morphologisch zeigt sich das *Wernicke-Korsakow-Syndrom* in Form von Gewebeschrumpfungen im Bereich der Mamillarkörper und des dritten Ventrikels (Peiffer, 1989), die durch eine Störung des Vitamin B₁-Stoffwechsels (Thiaminmangel) erzeugt wird. Alkohol ist eine kohlehydratreiche Substanz, die für ihre Verstoffwechselung - zusätzlich zum ernährungsbedingten Vitaminmangel - Thiamin verbraucht. Zudem leiden Alkoholkranken oft an Magen-Darm-Störungen, die die Vitaminresorption noch mehr verschlechtern. Neben Gewebeschrumpfungen treten aber auch Gefäßveränderungen infolge mangelnder Durchblutung auf, die sich in Vernarbungen äußern (Masdeu &

Solomon, 1989). "Diese Narbenzustände werden auch als morphologisches Substrat des chronischen Korsakow-Syndroms mit dem Leitsymptom der Amnesie angesehen" (Peiffer, 1989, S. 108). Nach Feuerlein (1989) erkrankten 3 bis 5% aller Alkoholkranker am *Wernicke-Korsakow-Syndrom*. Hell (1985) nennt einen Prozentsatz von 5 bis 10% bei hospitalisierten Alkoholkranken deutscher und schweizerischer Studien. Peiffer (1989) schätzt den Anteil auf 12,5% aller chronisch Alkoholkranken. Den gleichen Prozentsatz fanden auch Torvik, Lindboe und Rogde (1982) und Torvik (1987) für Alkoholranke einer Untersuchungen von 8.735 Verstorbenen (zitiert nach Steingass, 1994). Nach Feuerlein (1989) kann nur bei etwa einem Fünftel der Betroffenen eine vollständige Restitution erwartet werden, ein weiteres Fünftel bleibt völlig unge bessert, der Rest hält Residualstörungen.

In den beiden internationalen psychiatrischen Klassifikationssystemen *ICD-10* und *DSM-IV* kommt das *Wernicke-Korsakow-Syndrom* allerdings nicht als eigenständige Störung vor. Die Diagnose des Syndroms erwies sich in retrospektiven Studien als überaus unzureichend. Nur ein verschwindend geringer Prozentsatz von post mortem neuropathologisch diagnostizierten Korsakow-Patienten war zu Lebzeiten als solche erkannt worden (Torvik et al., 1982; Harper, 1982). Bowden (1990) und Steingass (1994) vermuten, daß die klassische Korsakow-Diagnose zu unpräzise ist und nur selten zuverlässig gestellt wird. Statt dessen ist die im *ICD-10* unter F10.6 aufgeführte Klassifikation des "Durch Alkohol bedingtem amnestischen Syndroms" vorzuziehen. Die diagnostischen Kriterien sind:

- " Störungen des Kurzzeitgedächtnisses (Aufnahme von neuem Lernstoff);
- Störungen des Zeitgefühls (Umordnung der chronologischen Reihenfolge, Zusammenziehen verschiedener Ereignisse zu einem usw.);
- fehlende Störung des Immediatgedächtnisses, des Bewußtseins und fehlende allgemeine Beeinträchtigung kognitiver Funktionen;
- Obwohl Konfabulationen ausgeprägt sein können, werden sie nicht als Voraussetzung für die Diagnose angesehen.
- Amnestische oder objektive Beweise für einen chronischen und besonders hochdosierten Mißbrauch von Alkohol oder psychotropen Substanzen.
- Auch Persönlichkeitsveränderungen, häufig mit Apathie und Initiativenverlust und einer Tendenz zur Selbstvernachlässigung könne vorhanden sein. Sie gelten jedoch nicht als notwendige Bedingung für die Diagnose" (Dilling et al., 1991, S. 90).

- *Lebererkrankungen*

Der Hauptteil des Alkoholabbaus findet in der Leber statt. Hier führt die zelltoxische Wirkung des Acetaldehyds bei chronischem Alkoholmißbrauch am unmittelbarsten zu Schädigungen. Nach Richter (1991) können bereits 30-40 Gramm Reinalkohol täglich zu einer Leberverfettung führen (bei Frauen schon die Hälfte). Die drei wichtigsten al-

koholbedingten Lebererkrankungen sind die *Fettleber*, die *Leberentzündung* (Hepatitis) und die *Leberzirrhose*.

Die *Fettleber* ist der häufigste alkoholbedingte Leberschaden. Nach Kielstein (1990) kommt die Fettleber "bei knapp 50% der männlichen und knapp 30% der weiblichen Alkoholmißbräuchler vor" (S. 56). Sie entsteht durch den verminderten Abbau von Fett infolge der Verdrängung durch den hochkalorischen Alkohol und durch die Schädigung von Transportmechanismen, die die Fette aus der Leber hinausbefördern. Die überschüssigen Fetttropfen lagern sich in die Leberzellen ein, und es kommt zur Vergrößerung des Lebertumens. Subjektiv sind die Beschwerden - bis auf ein gewisses Druckgefühl im rechten Oberbauch - gering. Ein Laborparameter, der auf eine Fettleber hinweist, ist ein erhöhter Gamma-GT-Wert (Glutamyl-Transpeptidase). Unter Abstinenz ist die Aussicht auf Rückbildung relativ gut.

Die vergrößerte Leber zeigt histologisch entzündliche Gewebeprozesse mit dem Absterben von Leberzellen. Es gibt zwei Varianten von Leberentzündungen: die *chronisch-persistierende Hepatitis* mit schleichendem Verlauf und geringen, unspezifischen Beschwerden (wie Verdauungsstörungen, Völlegefühl etc.) und die *chronisch-aggressive Hepatitis* mit starker Druckempfindlichkeit der Leber, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Durchfall und Gelbsucht. Die Leber ist bei der zweiten Variante hart und vergrößert und verschiedene Laborparameter wie SGOT (Serum-Glutamat-Oxalacetat-Transaminase), SGPT (Serum-Glutamat-Pyruvat-Transaminase), alkalische Phosphatasen, Gamma-GT und das Bilirubin im Serum sind deutlich höher als bei der chronisch-persistierenden Form. Die Prognose bei Alkoholabstinenz ist für die chronisch-persistierende Hepatitis relativ gut, für die chronisch-aggressive bedeutend schlechter. Die Entzündungsprozesse sowie die erhöhten Enzymwerte können durch Abstinenz zwar zum Stillstand bzw. zur Normalisierung gebracht werden, bereits eingetretene Gewebeschäden der Leber sind aber nicht reversibel. Eine solche Leber ist daher in ihrer Funktion bleibend eingeschränkt. Edwards (1986b) gibt an, daß ca. 10% der von akuter Hepatitis befallenen Alkoholkranken daran sterben.

Wird der Alkoholmißbrauch trotz Leberentzündung nicht eingestellt, entwickelt sich nach mehrjährigem Alkoholkonsum bei ca. 10 bis 20% der Alkoholabhängigen eine *Leberzirrhose* (Feuerlein, 1989). Die Leberzirrhose ist lt. Lindenmeyer (1996) die achthäufigste Todesursache in Deutschland. Nach Junge (1993) starben 1990 18.000 Menschen in Deutschland an Leberzirrhose. Pathophysiologisch kommt es bei der Zirrhose zu einer Vernarbung abgestorbenen Gewebes, was eine Organschrumpfung und eine Zerstörung der Leberstruktur nach sich zieht. Diese Zerstörung von Lebergewebe verursacht zunächst eine Einschränkung der Filterfunktion, was sich in einem geringeren Abbau von Giftstoffen - natürlich auch von Alkohol - äußert. Es besteht die Gefahr

einer schleichenden Selbstvergiftung. Die Alkoholtoleranz ist verringert, was sich darin zeigt, daß der Zirrhosekranke immer weniger Alkohol "verträgt". Die Gewebevernarbung schränkt außerdem den Blutdurchlauf des Organs ein, was zu Staus in der zuführenden Lebervene, der Pfortader, führt. Diese Blutstaus verursachen einen zunehmenden Druck auf die kleineren Blutbahnen und die Bildung von "Ausweichbahnen". Die Folge sind Krampfaderbildungen z. B. in der Speiseröhre (Ösophagusvarizen), am After (Hämorrhiden) oder in der Haut mit der Gefahr des Platzens und der (unstillbaren inneren) Blutung. Die beeinträchtigte Bildung von Transporteiweißen kann zur Wasseransammlung (Ödemen) im Bauchraum und den Beinen führen. Bei der internistischen Untersuchung ist die Leber hart und derb. Die Haut kann pergamentartig verdünnt sein mit kleinen Gefäßsternchen ("spider naevi"). Die Transaminasen (SGOT, SGPT), Gamma-Globuline, IgA und Serum-Eisen sind erhöht. In schweren Fällen kann es zum lebensgefährdenden Leberkoma mit Gelbsucht, schweren Blutgerinnungsstörungen und Bluteiweißveränderungen sowie starkem Transaminasenanstieg kommen. Im günstigsten Fall ist der Krankheitsprozeß durch Abstinenz zum Stillstand zu bringen, im schlimmsten Fall kommt die Leber ihren Stoffwechselaufgaben nicht mehr nach, und der Patient stirbt qualvoll.

- *Pankreatitis*

Nur relativ wenige Alkoholranke (1 bis 9%; Feuerlein, 1989) entwickeln eine Pankreatitis. Sie wird aber wegen einer besonders lebensbedrohlichen Verlaufsform hier kurz beschrieben. Bei 25 bis 50% der durch Alkoholvergiftung Verstorbenen konnte eine *akute hämorrhagische Pankreatitis* nachgewiesen werden (Feuerlein, 1989). Die Schädigungen der Bauchspeicheldrüse durch chronischen Alkoholmißbrauch sind:

- eine Hemmung der Bikarbonat- und Proteinsynthese der Pankreas,
- dieser Hemmung folgt im Verlauf eine Vermehrung der Proteinsekretion, was zu Eiweißablagerungen in den kleinen und mittleren Pankreasgängen führt,
- letztlich kann es zum Muskelkrampf bzw. -verschluß des Ausführungsganges der Bauchspeicheldrüse kommen.

Es werden eine *chronische Form* mit Kalzifizierung der Pankreasgänge, geringerer Verträglichkeit für Alkohol und Fette, intermittierenden Bauchschmerzen (vorwiegend links bis in den Rücken ausstrahlend) von einer *akuten Pankreatitis* mit heftigen Oberbauchschmerzen, Erbrechen, akuter Abflußbehinderung von Pankreassekret und lebensbedrohlichen Selbstverdauungsprozessen der Bauchspeicheldrüse unterschieden. Edwards (1986b) nennt Sterblichkeitsraten zwischen 10 und 40% bei akut Pankreatitis-kranken. Es besteht außerdem die Gefahr der Krebsentwicklung. Der Krankheitsprozeß kann durch Alkoholabstinenz gestoppt, nicht aber geheilt werden.

- *Magen-Darm-Erkrankungen*

Aufgrund der aggressiven Eigenschaften besonders hochprozentiger Alkoholika kommt es bei chronischem Mißbrauch zu Schleimhautveränderungen im Mund- und Speiseröhrenbereich. Verschiedene Untersuchungen haben eine signifikante Häufung von *Rachen-* und *Speiseröhrenkrebs* bei Alkoholkranken gegenüber der Normalbevölkerung ergeben (Feuerlein, 1989). Wie im oberen Verdauungstrakt finden sich Schleimhautentzündungen auch im Magen (*Gastritis*) mit Druckschmerzen im Oberbauch, Übelkeit und Erbrechen etc. Durch eine stark vermehrte Magensäuresekretion und Gastrinfreisetzung können Schleimhautrisse mit Blutungen und Bluterbrechen auftreten. Nach Feuerlein (1989) leiden ca. 15% der Alkoholkranken unter *Magengeschwüren*, und der Anteil Magenresezierter unter den Alkoholabhängigen ist besonders hoch. Durch die gehäuften geschwürartigen Veränderungen besteht ein erhöhtes Risiko von Magenkrebs. Auch die Dünndarmschleimhäute können durch Alkoholeinwirkung betroffen sein und zu einer beeinträchtigten Nahrungsresorption mit der Gefahr von Mangelernährung führen.

- *Herz-Kreislauf-Störungen*

Wie bereits weiter oben erwähnt führt regelmäßiger Konsum von 20-30 g Reinalkohol bei Männern zu vorwiegend *systolischer Blutdrucksteigerung*. Erhöhter Blutdruck ist wiederum ein Risikofaktor für die Erkrankung an einem Schlaganfall. Schon kleine Mengen Alkohol können zu einer verminderten Kontraktilität des Herzens führen und das Minutenvolumen reduzieren. Die Herzfrequenz ist zumeist erhöht. Wie auf andere Körperzellen wirkt das Acetaldehyd auch auf die Zellen des Herzmuskels toxisch und beeinträchtigt seine Funktion durch Vergrößerungen des Herzens und von Herzrhythmusstörungen. Dagegen wird die protektive Wirkung kleiner Alkoholmengen gegen Herzinfarkt kontrovers diskutiert.

- *Unfälle*

Abgesehen von verschiedenen somatischen Erkrankungen sind *Unfälle* eine sehr häufige Folge von Alkoholmißbrauch. Feuerlein (1989) zitiert eine amerikanische Untersuchung (Observer & Maxwell, 1959), in der die Unfallhäufigkeit von Alkoholkranken 3,6mal höher lag als bei Nicht-Alkoholikern. "Amerikanische Quellen nennen Alkoholeinfluß als Mitursache bei einem Drittel der in den USA gezählten Verletzungen im Verkehr, bei der Hälfte der Unfalltoten, bei mehr als 40 Prozent der Unfälle in der Industrie, bei vermutlich über 70 Prozent der Unfälle durch Ertrinken, bei 60 bis 70 Prozent der durch einen Fall verursachten Verletzungen und Todesfälle" (Edwards, 1986b, S. 110). Platzwunden, Knochenbrüche, Gelenkverletzungen und Schädel-Hirn-Traumata in Folge von Stürzen, Schlägereien oder schweren Verkehrsunfällen sind weitere Auswirkungen chronischen Alkoholmißbrauchs.

Soziale, psychische und körperliche Alkoholfolgeschäden bieten wesentliche Ansatzpunkte für die operationale Definition chronischer Mehrfachschädigungen von Alkoholkranken. Im folgenden sollen daher Verfahren zu ihrer Erfassung detaillierter dargestellt werden.

2.5 Verfahren zur Erhebung von Alkoholfolgeschäden

Nach Feuerlein (1989) weisen ca. 75% aller behandelten Alkoholabhängigen in stationären Entwöhnungsbehandlungen Alkoholfolgeerkrankungen auf. Die systematische Erhebung von Alkoholfolgeerkrankungen ist daher ein wichtiger Beitrag zur Beschreibung und Therapieplanung besonders schwer - *chronisch mehrfach geschädigter* - Alkoholkranker. Drummond (1990) versuchte mit der Entwicklung eines Fragebogens - dem *Alcohol Problems Questionnaire* (APQ; s. Anhang A) - eine solche Auflistung von Folgeschäden. Der APQ umfaßt 44 Items aus den acht Problembereichen:

- *Freunde*
- *Ehe*
- *Kinder*
- *rechtliche Probleme*
- *Arbeit*
- *Finanzen*
- *physische und*
- *psychische Verfassung*

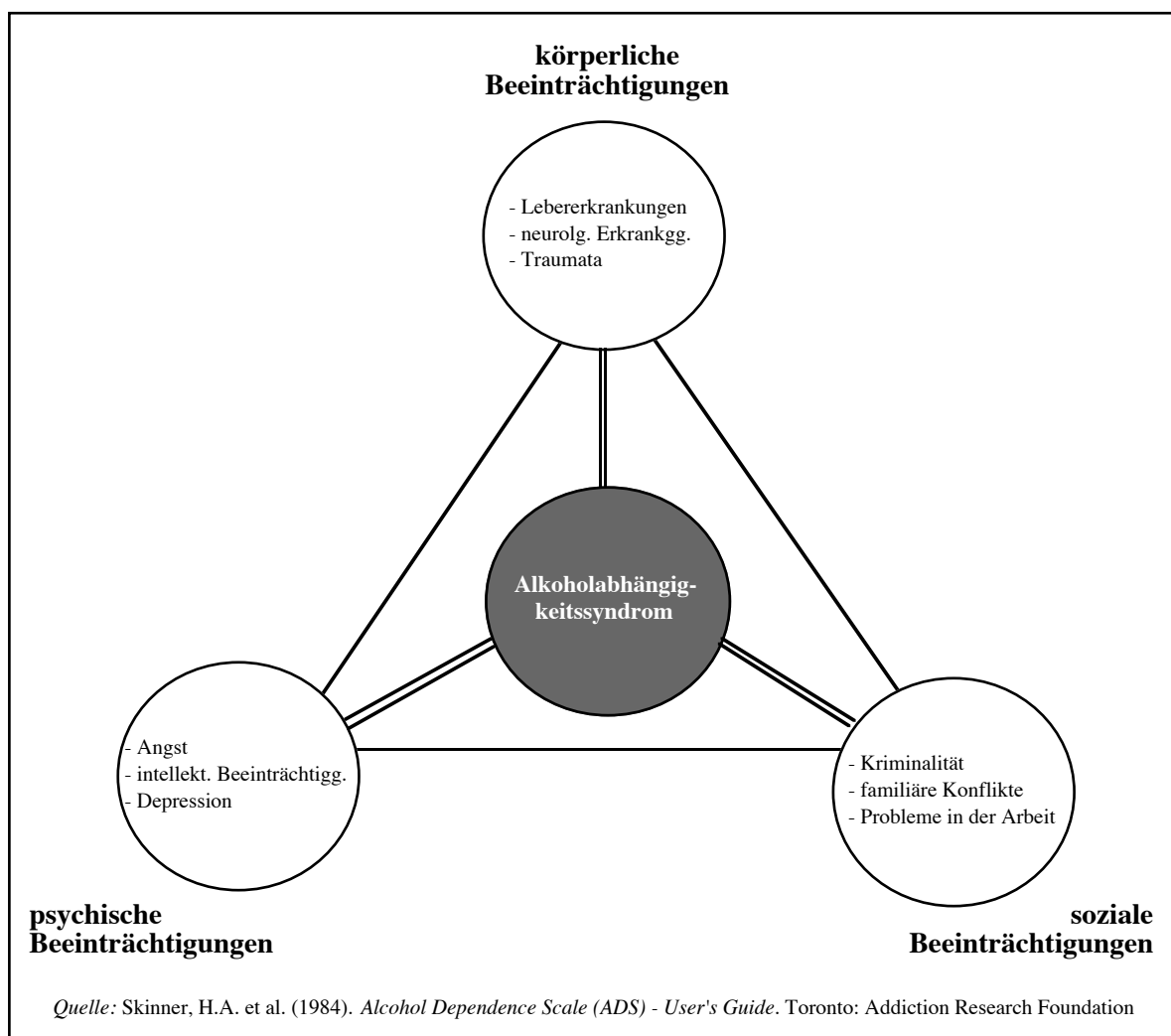
Die Items entstammen dem *Troubles with Drinking Questionnaire* (Edwards, Chandler, Hensman & Peto, 1972), dem *Alcohol Use Inventory* (Horn et al., 1974) und Eigenformulierungen aus Patienten- und Experteninterviews.

John und seine Arbeitsgruppe (1992a, b) bezeichnen die Folgeprobleme als sogenannte *Sekundärmerkmale*. Sie beinhalten Folgen von Alkoholmißbrauch, deren Ausprägung individuell sehr stark variieren kann und daher nicht als diagnostische Kriterien für ein Abhängigkeitssyndrom verwendet werden sollten. Mittels einer Faktorenanalyse generieren die Autoren aus einem Itempool von Fragen aus dem *CAGE* (Mayfield, McLeod & Hall, 1974; Ewing, 1984), dem *MAST* (Selzer, 1971) und dem *MALT* sowie den Skalen *SADD* (Davidson & Raistrick, 1986), *SADQ* (Stockwell et al., 1983) und *ADS* (Skinner & Horn, 1984) 31 Fragen (s. Anhang B), die Konsequenzen der Alkoholabhängigkeit thematisieren mit den Dimensionen:

- *psychiatrische Konsequenzen*
- *kognitive Konsequenzen*
- *Reaktionen der Angehörigen*
- *rechtliche Konsequenzen*
- *Attitüden zu Alkoholproblemen*
- *Schuldgefühle*
- *Hilfesuche*

Die Art der Beziehung der alkoholbedingten Folgeschäden/Sekundärmerkmale zum Abhängigkeitssyndrom sind nicht eindeutig geklärt. Skinner und Horn (1984) formulieren die Beziehung - wie Edwards et al. (1977) - eher ursächlich (s. Abbildung 4). "Eine ganze Reihe physischer, psychologischer und sozialer Störungen stammen direkt oder indirekt vom exzessiven Trinken" (Skinner & Horn, 1984, S. 2 [Übers. d. Verf.]). Für eine kausale Verbindung sprechen auch die Befunde Drummonds (1990), der über eine starke positive Korrelation zwischen den Scores seines *APQ* und den Abhängigkeitsskalen des *SADQ* berichtet.

Abbildung 4: Modell der Alkoholabhängigkeit nach Skinner



Theoretisch ist es aber auch denkbar, daß das Abhängigkeitssyndrom (bzw. seine Schwere) von den alkoholbedingten Folgeschäden unabhängig ist. So fanden John et al. (1992b) mit ihrem *Fragebogen zu Sekundärmerkmalen des Abhängigkeitssyndroms* nur relativ schwache Zusammenhänge zwischen Alkoholfolgeproblemen und den Kernsymptomen der Abhängigkeit. Allerdings fehlen in den von John et al. (1992b) verwendeten Items eine Reihe

internistischer und psychiatrisch neurologischer Folgeerkrankungen, was die niedrigen positiven Korrelationen mit dem Abhängigkeitssyndrom eventuell erklären könnte. Auch McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien & Kron (1981) beschreiben eher leichte Zusammenhänge zwischen den Abhängigkeitsvariablen und alkoholbedingten Folgen. Im Umgang mit Alkoholfolgeschäden beschreiten die Autoren einen eher pragmatischen Weg bei der Konstruktion ihres *Addiction Severity Index (ASI)*; McLellan, Luborsky, O'Brien & Woody, 1980; 1985; 1992; Gsellhofer, Fahrner & Platt, 1993).

Der *ASI* ist ein 40minütiges Interviewverfahren zu sechs Bereichen, die häufig mit Abhängigkeit im Verbindung stehen. Der Interviewer fragt nach Anzahl, Ausmaß und Dauer von Problemen hinsichtlich:

- *körperlichem Zustand*
- *Arbeits- und Unterhaltssituation*
- *Drogen- und Alkoholgebrauch*
- *Familie und Sozialbeziehungen*
- *psychischem Zustand und*
- *Rechtsproblemen*

Neben diesen objektiven Daten wird der Patient auch nach subjektiver Intensität und Bedeutung der Beeinträchtigungen der sechs Bereiche in den letzten 30 Tagen gefragt. Der Interviewer verwendet diese beiden Arten von Informationen, um anschließend auf einer 10stufigen Ratingskala die Behandlungsbedürftigkeit in jedem Problembereich einzuschätzen. Strenggenommen ist der *ASI* kein Verfahren zur Erfassung von Alkoholfolgeschäden, sondern zur Einschätzung des Behandlungsbedarfs. Grundgedanke der Autoren ist es, unabhängig von theoretischen Überlegungen zur Kausalität, durch die Erhebung behandlungsrelevanter Lebensbedingungen eine bessere Abstimmung (matching) von Behandlungsbedarf und -angebot zu erreichen und so die Effizienz von Therapieprogrammen zu erhöhen (McLellan et al., 1980; McLellan, Luborsky, Woody, O'Brien & Druley, 1983).

Trotz ungeklärter Fragen des Zusammenhangs zum Abhängigkeitssyndrom sind die alkoholbezogenen Probleme als individuelle Einflußgrößen für die Behandlung des jeweilig Betroffenen extrem therapierelevant. Neben der spezifischen Untersuchung alkoholbedingter Folgeschäden hat vor allem die Therapieforschung Anhaltspunkte für Merkmale geliefert, die *chronisch mehrfach geschädigte Alkoholranke* bestimmen helfen können. Es soll daher im folgenden eine kurze Darstellung der Prädiktorenforschung erfolgen.

3. Prädiktorenforschung

In Anlehnung an Süß (1988) könnte man *Psychotherapieforschung* als Beurteilung und Bewertung einer psychotherapeutischen Behandlung hinsichtlich ihrer Angemessenheit, ihrer Wirksamkeit (Effektivität) und ihres Aufwandes (Effizienz) auf der Grundlage systemati-

scher Datenerhebung und -analyse definieren. Von besonderem Interesse für diese Beurteilung und Bewertung von Psychotherapie ist dabei die Identifizierung von Prognosemerkmalen. "Prognosemerkmale (im folgenden auch Prädiktoren genannt) sind Merkmale, anhand derer wir künftige Entwicklungen vorhersagen können, etwa den Erfolg von Alkoholikern bei der Lösung ihrer Alkoholprobleme. Prognosemerkmale müssen zeitlich vor den Variablen erhoben worden sein, die sie vorhersagen sollen. Die meisten Autoren betrachten ein Prognosemerkmal als gültig, wenn es signifikant mit Erfolg verknüpft ist (überprüft durch Korrelationen oder andere statistische Zusammenhangsanalysen)" (John, 1985, S. 32). Der Autor führt drei Bereiche von Prognosevariablen auf:

- *Personenmerkmale* (genetische und Persönlichkeitsfaktoren, Alkoholgeschichte und soziale Kennzeichen)
- *Merkmale der Lebenssituation* des Alkoholikers (ökonomische Merkmale, sozialer Abstieg etc.)
- *Behandlungsmerkmale* (Art der Behandlung, therapeutische Ausrichtung, persönliche Eigenschaften des Therapeuten, therapeutische Vorerfahrungen des Alkoholikers etc. [John, 1985]).

Im Bereich der Alkoholismustherapie wurde wiederholt empirisch belegt, daß das soziale Umfeld von Alkoholkranken entscheidenden Einfluß auf den Therapieerfolg - den Erhalt der Abstinenz nach einer abgeschlossenen Behandlung - hat. Dies führt John (1985) zu dem Schluß, daß Patientenmerkmale wesentlich größere prognostische Aussagekraft besäßen als Therapiemerkmale. Für prognostisch relevant hält der Autor die Patientenmerkmale:

- geringe Dauer des bisherigen Alkoholmißbrauchs
- geringe Zahl bisheriger Therapien
- hoher sozioökonomischer Status und
- soziale Stabilität (geringe Partner- und Arbeitswechsel).

Der Begriff *soziale Stabilität* beinhaltet das Vorhandensein einer Partnerschaft oder Ehe, einer Arbeit vor und nach der Therapie, finanzielle Absicherung und bisher geringen beruflichen (sozialen) Abstieg. John (1985) vermutet, daß Abhängige höherer sozialer Schichten u. U. früher, vor einem sozialen Abstieg behandlungsrelevante Entscheidungen treffen, über bessere abstinenzfördernde Ressourcen in Form von eigenem Problemlösungsverhalten, bessere Informationsmöglichkeiten etwa im Bekanntenkreis, bessere soziale Unterstützung verfügen und weniger kritischen Lebensereignissen ausgesetzt sind als Angehörige der Unterschicht.

Zu einer ähnlichen Schlußfolgerung kommen auch Becker, Leitner und Schulz (1986). Sie fassen die Klinikentlassung nach einer Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlung als kritisches Lebensereignis im Sinne der Life-event-Forschung (Filipp, 1981) auf. Bei der

clusteranalytischen Auswertung der Daten zur sozialen Situation von 46 Alkoholkranken eines Berliner Krankenhauses drei Monate nach der Behandlung kommen Becker et al. (1986) zu dem Schluß, daß vor allem das Vorhandensein eines Arbeitsplatzes, einer stabilen Partnerschaft sowie eines genügenden Einkommens wichtige Prädiktoren für katamnestiche Abstinenz sind. Viel Freizeit in Kombination mit passivem Freizeitverhalten und Langeweile korrelierten positiv mit Rückfälligkeit. Die Wohnsituation wies hingegen keinen signifikanten Zusammenhang mit der Rückfälligkeit auf.

Hinsichtlich der Evaluation bundesdeutscher Alkoholismusbehandlung war eine großangelegte, prospektive Katamnese studie von Kufner, Feuerlein und Flohrschütz (1986; Kufner, Feuerlein & Huber, 1988) für den Verband der Rentenversicherungsträger (VDR), in der 1.410 Alkoholranke aus 21 stationären Behandlungseinrichtungen einbezogen wurden, von zentraler Bedeutung. Sie ergab getrennte Prognosemerkmale für Männer und Frauen. Eineinhalb Jahre nach dem Behandlungsende erweisen sich bei den Männern der Stichprobe folgende Merkmale zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns als *prognostisch günstig* für die spätere Abstinenz:

- mit Ehepartner leben
- Wohnortgröße < 100.000 Einwohner
- eine Arbeitsstelle in den letzten zwei Jahren
- nicht arbeitslos
- Besitz eines Eigenheims oder Eigentumswohnung
- nicht im Wohnheim lebend oder obdachlos
- kein Arbeitsplatzverlust wegen Alkoholmißbrauch
- kein Suizidversuch
- keine frühere Suchtfachklinikbehandlung

Die Prognosemerkmale der Frauen wiesen überhaupt keine soziodemographischen Merkmale auf, sondern überwiegend psychische Aspekte wie:

- weniger als zwei Suizidversuche
- keine frühere Suchtfachklinikbehandlung
- weniger als 625 g Alkohol pro Woche
- niedrige Werte in der Skala "Fordern-Können" im *Unsicherheitsfragebogen* von Ullrich de Muynck und Ullrich (1977)
- hohe Werte in der Skala "Anständigkeit" im *Unsicherheitsfragebogen* von Ullrich de Muynck und Ullrich (1977)

Die Korrelationen der Prognoseindizes mit dem Kriterium Abstinenz nach 1½ Jahren (Katamnese 2) betrug bei den Männern $r = .29$ und bei den Frauen $r = .28$ (Kufner et al., 1986), nach 4 Jahren (Katamnese 3) $r = .25$ bzw. $r = .21$ (Kufner et al., 1988).

Die Studie war gesundheitspolitisch brisant, da die Behandlungsdauer offenbar keinen Einfluß auf eine positive Prognose zu haben schien. Die Untersuchung blieb daher nicht unwidersprochen. Eine methodische Einschränkung der Generalisierbarkeit der Ergebnisse liegt in der Beschränkung auf Patienten von Suchtfachkliniken begründet, da - wie später noch ausgeführt wird - zu vermuten ist, daß nur ein geringer Prozentsatz materiell relativ gut gestellter Alkoholkranker (Prognosekriterium Wohnbesitz) den Weg in eine Fachklinik findet. Skarabis (1986) sprach der Studie sogar jegliche Generalisierbarkeit der Untersuchungsergebnisse ab, da die Auswahl der 21 einbezogenen Institutionen weder repräsentativ für die 220 stationären Einrichtungen in der Bundesrepublik noch randomisiert vorgenommen worden sei. Der Autor kritisiert ebenfalls das Fehlen jeglicher Angaben zur Verteilung der Patienten in der Kategorie 'kurz-, mittel- und langfristige Therapiedauer' und folgert aus der Unmöglichkeit, Konfundierungen durch andere Variablen (z. B. soziale Selektion) auszuschließen, "daß die erhobene Variable 'Therapiedauer' einen Omnibus von Wirkungen und Einflüssen darstellt und nicht mehr als eigenständige Variable angesehen werden kann, von der möglicherweise kausale Wirkungen, z. B. in Richtung auf einen Therapieerfolg, ausgehen" (Skarabis, 1986, S. 333). Zudem reiche das verwendete bivariate Methodenrepertoire der Studie nicht aus, um kausalanalytische Fragen zu lösen.

Jost (1988) merkte an, daß die verschiedenen Prognosemerkmale für Männer und Frauen der VDR-Studie - bis auf eine Ausnahme - keine suchtsymptomatischen Prädiktoren enthielten und ein derart hohes Maß an Allgemeingültigkeit besäßen, daß sie nicht nur unspezifisch sondern auch irrelevant seien für die Abstinenzprognose Alkoholkranker. Erfolgswirksam postulierte Konstrukte wie 'Therapiemotivation' fehlten völlig. Die Konzentration auf demographische, sozio-ökonomische und suchtspezifische Variablen des Alkoholkranken könne sich zudem therapeutisch negativ auswirken, da die genannten Merkmale (Geschlecht, Alter, Beschäftigung etc.) oft außerhalb oder nur bedingt im unmittelbaren Einflußbereich des Patienten lägen und den Therapieverlauf im Sinne einer self fulfilling prophecy negativ belasten könnten (Jost, 1988). "Mit der Reduktion abhängigkeitskranken Daseins auf vergangenheitsbezogene und daher nicht zu beeinflussende Restzustände der Realität ist für den Abhängigkeitskranken die fatale Konsequenz verbunden, daß er a priori von seinem Verantwortlich-Sein für die Genesung im Hier und Jetzt entmündigt wird. Stattdessen zappelt er nach dem Stand der Forschung wie eine Marionette an den schematisierten Indikations- und Selektionsdrähten der Prognoseepigonen, obwohl er, vielleicht gerade durch seine Halt- und Mittellosigkeit, die todsichere Alternative 'Kapieren oder Kriechen' inzwischen erkannt hat" (Jost, 1988, S. 12).

Süß (1988) kritisiert die VDR-Studie - neben methodischen Einschränkungen - wegen ihrer gesundheitspolitischen Wirkung. "Die Unruhe in der Fachöffentlichkeit ist verständlich, da die rehabilitationsrechtlichen Rahmenbedingungen, Untersuchungsauftrag und Methodik die Indikationsfragestellung als selektive Fragestellung begreifen: Im Vordergrund steht

nicht die Suche nach alternativen und besseren Treatments, sondern nach Ausgrenzungskriterien. Die Verwendung des Prognoseindex als selektives Indikationskriterium (für die Aufnahme zur stationären Behandlung), würde lediglich dazu führen, die bereits bestehende soziale Selektion zu verstärken und zu systematisieren" (Süß, 1988, S. 56). Der Autor führt eine eigene Übersichtsarbeit (Süß & Waldow, 1986) an, in der die 20 bedeutsamsten Prognosekriterien englischsprachiger Studien aufgelistet werden. Von diesen 20 Variablen ist der prognostische Wert von 11 Merkmalen empirisch besonders gut gesichert, da sie in einer Vielzahl von Untersuchungen gleichgerichtete Therapieeffekte aufweisen. Die 11 Prognosekriterien sollen im folgenden aufgeführt werden. Bei den nicht zitierten Variablen lagen nach Süß und Waldow (1986) weniger Studien mit inkonsistenten Ergebnissen vor.

"B. Suchtvariable ...

2. Schweregrad der Abhängigkeit (Anzahl, Ausprägung und Dauer des Symptoms)
3. Psychische und physische Folgeschäden

C. Lebensprobleme, soziale und berufliche Stabilität (Anzahl der Lebensprobleme)

4. Stabilität und Unterstützung durch die Partnerschaft/Ehe
5. Berufliche Stabilität (Beruflicher Status, Arbeitslosigkeit, Stabilität des Arbeitsplatzes, Stellenwechsel) ...
8. Lebensraum mit mäßigem Alkoholkonsum
9. Weitere Lebensprobleme (Wohnsituation, Finanzsituation, Rechtsprobleme) ...

D. Psychische und kognitive Merkmale (Anzahl der Defizite) ...

12. Soziale Fertigkeiten und persönliche Ressourcen (Defizit im Verhaltensrepertoire) ...

E. Einstellung und Motivation

14. Änderungsmotivation/Erfolgserwartung
15. Abstinenzmotivation ...
18. Motivation zur Nachsorgebehandlung/Mitarbeit enger Bezugspersonen in der Rehabilitation

F. Behandlungsnetz

19. Vorbereitung zur stationären Behandlung (kurze Wartezeit bis zur Aufnahme/SHG-Kontakte/ambulante Therapie/kein Therapieabbruch bei früherer Behandlung)
20. Nachsorgebedingungen (Suchtfachambulanz, ambulante Einrichtung, SHG, Kontakte zur Nachsorgeeinrichtung bereits vor der Aufnahme)" (Süß & Waldow, 1986 zitiert nach Süß, 1988, S. 69).

Wie schon bei der zuvor genannten Literatur finden sich Schwereaspekte des Abhängigkeitssyndroms und Merkmale sozialer Stabilität in diesen Prognosevariablen wieder. Süß (1988) schränkt allerdings ein, daß es der Auswahl von Prognosevariablen durch das Fehlen einer allgemein akzeptierten Alkoholismustheorie an theoretischer Basis mangelt und sie daher oft hochselektiv ist.

In ähnliche Richtung weist auch die Kritik von Schulz (1990). Er zitiert unterschiedliche Studien, die - unabhängig von der verwendeten Therapiemethode - immer wieder ähnliche prognostisch günstige Merkmale (wie geringe Erkrankungsdauer, wenig oder keine Suchtfolgeerkrankungen, berufliche Stabilität, Unterstützung durch den Partner, soziale Fertigkeiten, persönliche Ressourcen und Therapiemotivation) ergaben. Schulz (1990) gibt aber zu bedenken, daß diese Merkmale ohne Ableitung aus einem theoretischen Modell nur über einfache Zusammenhangsanalysen gefunden wurden. "Meist wurden eine Vielzahl von Eingangsdaten der Patienten erhoben und ohne spezifische Hypothesen mit dem Behandlungserfolg in Beziehung gesetzt ... Je mehr Daten man erhebt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit zufällig signifikanter Ergebnisse. Hinzu kommt, daß die erhobenen Merkmale meist nicht unabhängig voneinander sind ... Methodisch läßt sich dieses Problem nur durch Kreuzvalidierungen befriedigend lösen, was allerdings äußerst selten geschieht" (Schulz, 1990, S. 17). Eine Zusammenfassung von (Therapie-) Eingangsmerkmalen der Patienten zu Prognoseindizes bzw. deren Verwendung für Indikationsentscheidungen im Einzelfall lehnt Schulz (1990) als unverantwortlich ab, da selbst in methodisch anspruchsvollen Studien der Anteil der Varianzaufklärung durch diese Merkmale extrem gering sei. Der Autor empfiehlt statt selektiver adaptative Indikationsentscheidungen anhand von Prognosemerkmalen, die selbst Gegenstand der Therapie sind oder sich während der Therapie verändern können. "Es hat keinen Sinn, Indikationen ausschließlich als das Ergebnis der Anwendung empirisch begründeter Indikationsregeln zu konzipieren, da Faktoren wie Verfügbarkeit von Therapieangeboten, zur Verfügung stehende Zeit, finanzielle Gesichtspunkte, regionale Besonderheiten usw. eine nicht unerhebliche Rolle spielen, und die Strukturen unseres Gesundheitssystems die Indikation im Einzelfall nachhaltig beeinflussen" (Schulz, 1990, S. 25).

Der Stand der Prädiktorenforschung im Alkoholbereich läßt sich folgendermaßen zusammenfassen. Erstens existieren derzeit keine gesicherten theoretischen Kenntnisse, welches die genauen Wirkfaktoren der Abstinenzerrreichung bei Alkoholkranken sind. Zweitens sind bisher wiederholt Patientenmerkmale wie geringe Erkrankungsdauer, wenig oder keine Suchtfolgeerkrankungen, berufliche Stabilität, Unterstützung durch den Partner, soziale Fertigkeiten, persönliche Ressourcen und Therapiemotivation beobachtet worden, die positiv mit dem Therapieerfolg korrelieren. Diese Befunde sind methodisch kritisierbar, da sie in einfachen Zusammenhangsanalysen gewonnen wurden und keine Erhellung der Ursachen von Abhängigkeit oder Abstinenz liefern. Sie scheinen einerseits bei einem Teil der behandelten Alkoholkranken, eine wesentliche Rolle für den konkreten Verlauf der Abhängigkeit bzw. des Therapieerfolgs zu spielen, liegen aber andererseits nur bedingt oder gar nicht im Einflußbereich der Betroffenen. Drittens wurde die größte Outcome-Studie im deutschen Sprachraum von Sozialleistungsträgern in Auftrag gegeben. Dies führte dazu, daß die fachliche Auseinandersetzung stark mit (versorgungs-) politischen Argumenten

durchgesetzt wurde. Prognosemerkmale erhielten die Eigenschaft von Auswahlkriterien für stationäre Behandlung.

Trotz dieser Kritikpunkte sind die gefundenen Prognosemerkmale wegen ihres Einflusses auf individuelle Verläufe (i. S. von "Krankheitskarriere" [Matakas et al., 1984]) wichtige Variablen für die operationale Definition *chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker*. Ähnlich wie Befunde zu Alkoholfolgeschäden bieten Therapiestudien Anhaltspunkte auf soziale, psychische oder körperliche Faktoren, die den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen und zur Chronifizierung der Abhängigkeit beitragen können. Neben den inhaltlichen Aspekten weist die Konfundierung inhaltlicher und versorgungspolitischer Elemente in der oben skizzierten Diskussion aber auch auf eine Gefahr einer genaueren Definition *chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker* hin. Ein solches Ansinnen kann nicht nur zur Individualisierung und Intensivierung der Behandlung schwer Kranker, sondern auch zu deren effektiverem Ausschluß von spezialisierter Hilfe verwendet werden. Ein solcher Ausschluß ist weder Gegenstand noch Ziel der vorliegenden Arbeit. Zur Verdeutlichung der bestehenden Versorgungssituation Alkoholkranker werden im folgenden Kapitel die Daten zur Versorgungsprävalenz zusammengetragen. Daran anschließend werden bestehende Versorgungsmängel thematisiert.

4. Versorgung Alkoholkranker

Neben der Verbreitung von Alkoholabhängigkeit in der Allgemeinbevölkerung ist hinsichtlich des Behandlungsbedarfs von grundsätzlicher Bedeutung, wo die Betroffenen Hilfe bekommen und ob diese Hilfe adäquat ist.

4.1 Behandlungsprävalenz

Das traditionelle System der Suchtkrankenhilfe (Selbsthilfegruppen, Fachberatungsstellen, und Fachkliniken) erreicht nach Angaben Wienbergs (1992a) nur ca. 5% der Alkoholabhängigen.

Selbsthilfegruppen

Zur Zahl der Alkoholkranken, die sich regelmäßig in Selbsthilfegruppen treffen, gibt es naturgemäß (z. B. wegen des Prinzips der Anonymität bei AA) keine bundesweiten Statistiken. Sapper (1995) schätzt ebenso wie Ziegler (1992), daß sich jährlich über 100.000 Personen in ca. 8.000 Gruppen treffen. Den Anteil der Alkoholkranken, die sich nach einer stationären Entgiftung/Entwöhnung (s. u.) zumindest mittelfristig an eine Selbsthilfegruppe bindet, veranschlagt Wienberg (1992a) auf ein Viertel bis ein Drittel. In einer Nachbefragung von 99 Alkoholpatienten einer Psychiatrischen Universitätsklinik fand Schwoon (1989), daß 40% innerhalb eines Jahres seit der Entlassung regelmäßig eine Selbsthilfegruppe besucht hatten.

Suchtfachkliniken und Fachberatungsstellen

Die SEDOS-AG (Simon & Lehnitzk-Keiler, 1995) bezog in ihre Auswertung stationärer Suchteinrichtungen des Jahres 1994 5.002 Alkoholentwöhnungspatienten aus 46 Fachkliniken ein. Dies entsprach etwa 22,5% der bundesdeutschen Fachkliniken, die schätzungsweise 22.000 Entwöhnungen im Jahr 1994 durchführten. Geht man von den 31.741 Alkoholabhängigen der 443 ambulanten Fachberatungsstellen aus, die die EBIS-AG (Tauscher et al., 1995) für das Jahr 1994 dokumentierten, ist hochgerechnet auf die gesamte Bundesrepublik mit etwa 87.500 alkoholbedingten Beratungskontakten im Jahr 1994 zu rechnen. Die genannten Zahlen werden nur sehr ungenau die tatsächliche Fallzahl widerspiegeln, da sie z. B. durch einmalige Beratungskontakte und Doppelnennungen verzerrt sein können. Selbst bei additiver Betrachtung sind jährlich 200.000 suchtspezifisch behandelte Alkoholranke im traditionellen Suchtbehandlungssystem (Wienberg, 1992a) eine "Randzone" im Vergleich zu 2,6 Mill. Alkoholkranken in der Bevölkerung. Diese Zahlen deuten an, daß nur schätzungsweise 8% der Betroffenen die hochspezialisierten Angebote des Suchtversorgungssystem in Anspruch nehmen.

Niedergelassene Ärzte

"Verschiedenen Quellen zufolge haben 70 bis 80% der Bevölkerung einen Hausarzt und suchen ihn mindestens einmal jährlich auf" (Wienberg, 1992a, S. 36). Es ist davon auszugehen, daß sich Alkoholranke in dieser Eigenart - trotz einiger Besonderheiten - nicht wesentlich von der Allgemeinbevölkerung unterscheiden. Tabelle 4 führt die wichtigsten deutschsprachigen Untersuchungen zur Prävalenz Alkoholkranker in zumeist allgemeinmedizinischen Praxen auf. Dilling, Weyerer und Enders (1978) führten eine der ersten deutschsprachigen Studien zur Behandlungsprävalenz psychischer Erkrankungen bei niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen durch. Mit Hilfe des halbstandardisierten *Clinical Psychiatric Interviews* von Goldberg, Cooper, Eastwood, Kedward & Shepherd (1970) fanden die Autoren unter 1.274 Patienten in 18 Allgemeinpraxen eines ländlichen, oberbayerischen Einzugsgebietes während des 14tägigen Erhebungszeitraums 3,8% Alkoholranke. Analog dazu untersuchten Zintl-Wiegand, Schmidt-Maushart, Leisner und Cooper (1978) 13 Allgemeinpraxen des großstädtischen Einzugsgebietes Mannheim und fanden 6,6% Alkoholabhängige unter den Patienten. Ebenfalls in einem großstädtischen Gebiet erhoben Kreyßig, Ekelmann und Waschkies (1983) im Laufe eines Jahres zufällig ausgewählte Patienten aus acht allgemein-medizinischen Sprechstunde einer Leipziger Poliklinik mit dem *MALT*. Gemäß der Alkoholismusdefinition des *MALT* (≥ 11 Punkte) waren 6% der Probanden allkoholabhängig (Männer 10,9%; Frauen 2,5%). Bochnik und Koch (1990) fanden in ihrer Untersuchung von 122 baden-württembergischen und bayerischen Nervenarztpraxen 5% der Patienten alkoholranke nach *ICD-9*.

Tabelle 4: Behandlungsprävalenz bei niedergelassenen Ärzten

Studie	Institution	N	Diagnose-Kriterien	Prävalenz
Dilling et al. (1978), Traunstein	18 allgemein-medizinische Praxen	1.274	Alkoholismus (ICD-8) unter Verwendung des <i>GOLDBERG-Interviews</i>	3,8%
Zintl-Wiegand et al. (1978), Mannheim	13 allgemein-medizinische Praxen	1.026	Alkoholismus (ICD-8) unter Verwendung des <i>GOLDBERG-Interviews</i>	6,6%
Kreyßig et al. (1983), Leipzig	allgemein-medizinische Sprechstunde einer Poliklinik	481	Alkoholismus (<i>MALT</i> ≥ 11) Alkoholmißb. (<i>MALT</i> 6-10)	6,0% 10,2%
Dilling & Weyerer (1984), Traunstein	19 allgemein-medizinische Praxen	1.526	Alkoholismus (ICD-8) unter Verwendung des <i>GOLDBERG-Interviews</i>	2,8%
Bochnik & Koch (1990), Bayern/Baden-Württemberg	122 Nervenarztpraxen	3.087	Alkoholismus (ICD-9)	5,0%
Linden & Helmchen (1995), Berlin	24 allgemein-med./internistische Praxen	2.565	Alkoholabhängigkeit schädl. Gebrauch (ICD-10)	5,3% 4,0%
Herr et al. (1995), Mainz	20 allgemein-medizinische Praxen	2.703	Alkoholabhängigkeit schädl. Gebrauch (ICD-10)	7,2% 3,0%
John et al. (1996), Lübeck	12 allgemein-medizinische Praxen	929	Alkoholabhängigkeit schädl. Gebrauch (ICD-10)	7,2% 3,5%

An einer internationalen WHO-Studie über die Behandlungsprävalenz psychischer Störungen in der medizinischen Basisversorgung (Üstün & Satorius, 1995) nahmen zwei deutsche Arbeitsgruppen - der Freien Universität Berlin (Linden & Helmchen, 1995) und der Universität Mainz (Herr, Maier & Benkert, 1995) - teil. Die Berliner Untersuchung umfaßte 24 Praxen niedergelassener Allgemeinmediziner und Internisten im Ost- und Westteil der Stadt, die nach Angaben der Autoren repräsentativ für die Praxen deutscher Hausärzte waren. Innerhalb eines halben Jahres wurden alle 2.565 Patienten dieser Praxen in einem zweigestuften Screeningverfahren mit den 12 Items des *General Health Questionnaire* (GHQ-12; Goldberg & Williams, 1988) befragt. Der Rücklauf betrug 92,2% (2.364). In einer zweiten Befragung wurden 400 Patienten mit der *Primary Care Version* des *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI-PHC; Satorius et al., 1993) interviewt, die u. a. um den *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT; Babor, de la Fuentes, Saunders & Grant, 1989) ergänzt ist. Von den Patienten, die die Autoren als vergleichbar mit der deutschen Bevölkerung zwischen 15 und 65 Jahren einschätzten, erfüllten 5,3% die ICD-10 Kriterien für Alkoholabhängigkeit (Männer 7,3%; Frauen 3,8%) und 4% für schädlichen Gebrauch (Männer 7,9%; Frauen 1,2% [Linden & Helmchen, 1995]). Die Mainzer Studie basierte auf 20 allgemein-medizinischen Praxen mit insgesamt 2.703 Patienten. In der ersten Befragung betrug die Rücklaufquote 91%. Das Zweitinterview (CIDI-PHC) von 400 Patienten ergab eine 1-Monats-Prävalenz für Alkoholabhängigkeit von 7,2% (Männer 14,5%; Frauen 1,7%) und für schädlichen Gebrauch von 3% (Männer 5,1%; Frauen 1,5%

[Herr et al., 1995]). Auffällig ist ein stark erhöhter Prozentsatz alkoholabhängiger Männer, der von den Autoren nicht weiter erklärt wird.

John, Hapke, Rumpf, Hill & Dilling (1996) führten in 12 Praxen niedergelassener praktischer Ärzte und Allgemeinmediziner in Lübeck innerhalb von neun Monaten ein zweigestuftes Screening mit dem *CAGE*, dem *Short-MAST* (Selzer, Vinokur & Rooijen, 1975) und einem längeren standardisierten diagnostischen Interview durch. Von den 929 Patienten (14-75 Jahre) waren 7,2% in den vorhergehenden 12 Monaten alkoholkrank und 3,5% betrieben Alkoholmißbrauch (*ICD-10* oder *DSM-III-R*). 10,7% aller Patienten waren somit wegen Alkoholproblemen aktuell behandlungsbedürftig. Weitere 5,3% erhielten die Diagnose einer remittierten Alkoholabhängigkeit. "Die höchste Prävalenzrate wies ein Stadtteil mit hoher Arbeitslosenquote, schlechten Wohnbedingungen und hohem Arbeiteranteil auf. ... 6,3% der Frauen hatten im letzten Jahr einen Alkoholmißbrauch oder eine -abhängigkeit, bei den Männern waren dies 17,7%" (John et al., 1996, S. 43).

Im Vergleich zu den früheren Untersuchungen mit z. T. kurzen Erhebungsphasen fällt auf, daß in den neueren Untersuchungen mit operationaler Falldefinitionen und längeren Erhebungszeiträumen die Behandlungsprävalenz von Alkoholmißbrauch/-abhängigkeit höher liegt - zwischen 6 und 11%. Diese Prävalenzzahlen sind verglichen mit anderen Ländern eher niedrig. "International weisen Studien in Privatpraxen Raten von 6 bis 11% für Alkoholmißbrauch und 6 bis 24% für Alkoholabhängigkeit aus (Driessen et al., 1995). So fanden Bunje et al. (1989) gemäß DSM-III-Kriterien 30% der Patienten mit Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit" (John et al., 1996, S. 21). Solche Unterschiede - vor allem zu US-amerikanischen Studien - sind vor dem Hintergrund verschiedener Gesundheitssysteme aber eher mit Vorsicht zu interpretieren. Strukturelle Rahmenbedingungen des Sozialversicherungssystems und habituelle Besonderheiten können sehr schnell zu Verdünnungseffekten führen, die sich auf Behandlungsprävalenzen auswirken. So ist z. B. die Arztdichte in Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch (Alber, 1992). Die Patienten genießen freie Arztwahl mit geringen direkten Kosten für den Arztbesuch, was Konsultationen erleichtert und Einfluß auf das Inanspruchnahme- bzw. Krankheitsverhalten der Bevölkerung hat.

Krankenhäuser

Dilling, Oschinsky und Nieder (1987) schätzen, daß 0,5% der Bevölkerung pro Jahr wegen Alkoholabhängigkeit im Krankenhaus aufgenommen werden und ca. jeder fünfte Krankenhauspatient alkoholkrank ist. Vor allem in Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken sind Alkoholranke wegen der spezifischen körperlichen und psychischen Folgeerkrankungen zu finden. John et al. (1996) resümieren nach der Nennung einer Reihe älterer, deutschsprachiger Studien (Athen & Schraner, 1981; Auerbach & Melchertsen, 1981; Möller, Angermund & Mühlen, 1987), daß von einer Prävalenz von 4 bis 20% für Alkohol-

mißbrauch und zusätzlich 11 bis 14% Alkoholabhängigkeit in Allgemeinkrankenhäusern auszugehen ist (Tabelle 5). Auf ähnliche Zahlen kommen - ebenfalls mit dem *MALT* - Peßner und v.Keyserlingk (1988) in der Internistischen und Chirurgischen Abteilung des Schweriner Kreiskrankenhauses.

Tabelle 5: Behandlungsprävalenz in internistischen und chirurgischen Abteilungen

Studie	Institution	N	Diagnose-Kriterien	Prävalenz
Auerbach & Melchertsen (1981), Lübeck	Klinik f. Innere Med.	123	Alkoholismus (<i>MALT</i> \geq 11)	13,8%
	Klinik für Chirurgie	124		7,2%
	Klinik für Psychiatrie	124		30,6%
	Kl. f. Psych./Neuro. der Universität	825		19,4%
Athen & Schraner (1981), Bayern	Internistische Abt. Kreiskrankenhaus	849	Alkoholismus (<i>MALT</i> \geq 11)	11,0%
Möller et al. (1987), München	Chirurgische Abt. der Uniklinik	600	Alkoholismus (<i>MALT</i> \geq 11)	14,0%
			Alkoholmißb. (<i>MALT</i> 6-10)	12,3%
Peßner & v.Keyserlingk (1988), Schwerin	Innere/Chirurg. Abt. Kreiskrankenhaus	317	Alkoholismus (<i>MALT</i> \geq 11)	12,3%
			Alkoholmißb. (<i>MALT</i> 6-10)	15,5%
John et al. (1996), Lübeck	Chirurgische Abt.	1.167	Alkoholabhängigkeit und schädli. Gebrauch (<i>ICD-10</i>)	12,1-20,4%*
	Internistische Abt. Städt. Krankenhaus			17,9-32,3%*

Anmerkungen: * Prävalenzen unterschiedlicher Stationen

In einer Untersuchung von 1.167 Patienten des Lübecker Kreiskrankenhauses fanden John et al. (1996) auf verschiedenen Stationen der Chirurgischen Abteilung 12,1 bis 20,4% Alkoholmißbraucher/-abhängige (*ICD-10*) und auf den sechs Stationen der Internistischen Abteilung 17,9 bis 32,3%. Die Autoren zitieren verschiedene europäische Studien, deren Behandlungsprävalenzen ebenfalls zwischen 15 und 20% variierten und mit den Ergebnissen US-amerikanischer Untersuchungen vergleichbar, z. B. mit einer Studie von Moore et al. (1989), die 2.534 Neuzugänge eines Bostoner Krankenhauses mit dem *CAGE* und dem *Short-MAST* untersuchten. "Insgesamt ergibt sich für Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit eine Prävalenz von 19%, in der Psychiatrie von 30%, Inneren Medizin 24%, Neurologie 19%, Entbindungsstation 12,4%, Gynäkologie 12,4%, allgemeinen Chirurgie 21%, Orthopädie 28%. Ohne die Psychiatrie ergibt sich ein Durchschnittswert von 17,7%" (John et al., 1996, S. 20). Wienberg (1992a) schätzt, daß die Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser mindestens achtmal soviel Alkoholranke erreichen wie Psychiatrische Krankenhäuser und Fachkliniken zusammen.

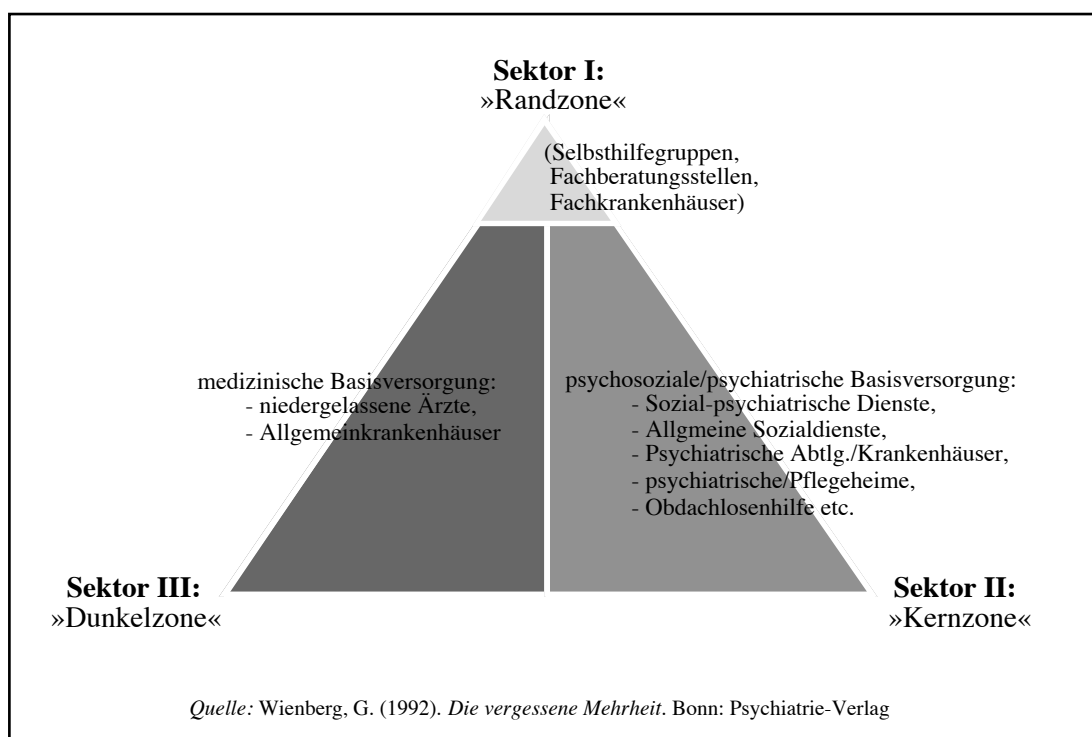
Während sich die Behandlungsprävalenz in Allgemeinkrankenhäusern - wie gezeigt - zwischen 15 und 20% bewegen dürfte, liegt der Anteil in Psychiatrischen Abteilungen und Kliniken deutlich höher. Dies ist nicht ungewöhnlich, wenn man bedenkt, daß die *Psychiatrie* die medizinische Disziplin ist, in deren Fachgebiet die Behandlung von Abhängigkeits-

erkrankungen fällt. Trojan (1980) schätzt den Anteil Alkoholkranker an den Aufnahmen psychiatrischer Krankenhäuser auf 30 bis 40%. "In zahlreichen psychiatrischen Krankenhäusern steht Alkoholismus an erster Stelle bei den männlichen, wenn nicht sogar bei allen Aufnahmen" (BMJFFG, 1988, S. 100). Dilling et al. (1987) berichtet von 30,6% Alkoholabhängigen unter den Aufnahmen der Psychiatrischen Klinik in Lübeck im Laufe eines drei-Monats-Zeitraumes im Jahr 1980. Wienberg (1993) zitiert aus einer Vollerhebung aller psychiatrischer Krankenhäuser und Abteilungen in öffentlicher und freier Trägerschaft in Nordrhein-Westfalen (Grüger & Wachtel, 1995), wonach 1989 29,1% der Aufnahmen und 14,3% der Belegung auf abhängigkeitskranke Patienten entfielen. "Die Belegungsquote verweist auf die erheblich unterdurchschnittliche Verweildauer dieser Patientengruppe" (Wienberg, 1993, S. 265). Diese Zahlen werden aber - vermutlich in Abhängigkeit vom Grad der internen Differenzierung der Suchtbehandlung - von einzelnen psychiatrischen Krankenhäusern weit überschritten (Kunze, 1989; Weithmann, Lenz-Brücker & Rothenbacher, 1989). Unter den Abhängigkeitskranken stellen nach einer Studie in 14 psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen (Wienberg, 1993) Alkoholabhängige mit 85% den größten Anteil dar.

4.2 Versorgungsmängel

Zur Untersuchung der Frage, wo Alkoholkranke im Gesundheits- und Sozialsystem Beratung/Behandlung erfahren, stellte Wienberg (1992a) ein Modell der Suchtkrankenversorgung in Deutschland vor, die er in drei Sektoren unterteilt (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Modell der Suchtkrankenversorgung von Wienberg



Sektor I umfaßt die Suchtkrankenhilfe im engeren Sinne, die traditionelle Trias von Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen und Suchtfachkliniken. Trotz hoher Spezialisierung von Mitarbeitern und Behandlungskonzepten erreichten diese Institutionen nur einen geringen Prozentsatz Alkoholabhängiger, da sie angebotsorientiert seien und bei den Betroffenen ein hohes Maß an Informiertheit, Eigeninitiative und sozialen Fertigkeiten voraussetzten. Wienberg (1992) bezeichnet diesen Sektor daher als "Randzone". Sektor II beinhaltet psychosoziale, kommunale Dienste wie Allgemeine Sozialdienste (ASD), Sozial-psychiatrische Dienste (SpD) etc. und psychiatrische Abteilungen und Krankenhäuser, die eine Versorgungspflicht haben und daher zur "Kernzone" der Behandlung Abhängigkeitskranker würden. Beratung und Behandlung in diesem Sektor seien weniger suchtspezifisch, wenngleich durch interne Differenzierung psychiatrischer Suchtabteilungen zunehmend Verbesserung zu verzeichnen sei. Den dritten Sektor bildeten niedergelassene Ärzte - vor allem Allgemeinmediziner, Internisten, Nervenärzte - und Allgemeinkrankenhäuser - dort zumeist internistische und chirurgische Stationen -, die eine sehr hohe Kontaktnähe zu Alkoholkranken hätten, bezüglich der Behandlungsqualifikationen aber über nahezu keine suchtspezifischen Kenntnisse/Fertigkeiten verfügten. Wienberg (1992a) kommt zu der Einschätzung, daß zwischen der suchtspezifischen Behandlungskompetenz der einzelnen Versorgungssektoren und der Behandlungsnähe bzw. dem Behandlungsbedarf der jeweiligen Patienten ein umgekehrt proportionales Verhältnis - ein *inverse care law* (Hart, 1971 zitiert nach Kunze, 1992) - besteht. "Diejenigen Klientinnen und Klienten, die den umfassendsten und qualifiziertesten Hilfebedarf aufweisen, bekommen am wenigsten und am wenigsten qualifizierte Hilfe" (Wienberg, 1993, S. 31). Zudem bestünden zwischen den Sektoren sehr geringe und wenig stabile Kooperationsbeziehungen, was wiederum zu Lasten der Alkoholkranken gehe. Diese Feststellung wird auch von Bochnik und Koch (1990) bestätigt, die in ihrer Untersuchung niedergelassener Nervenärzte keine nennenswerte Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (z. B. Beratungsstellen) fanden.

Einen Erklärungsansatz für diesen Sachverhalt führt Wirth (1982) an, der hinsichtlich der Verteilung sozialer Dienstleistungen ein grundsätzliches Dilemma beschreibt:

Ein wesentliches Kriterium der sozialpolitischen Effektivität sozialer Dienste ist darin zu sehen, inwieweit es gelingt, diejenigen Personen oder Personengruppen zu erreichen, die ihrer Leistungen am meisten bedürfen. Nun zeigen unsere Analysen, daß gerade dieser Kreis potentieller Klienten häufig am wenigsten über die Voraussetzungen und Mittel verfügt, die zur Inanspruchnahme sozialer Dienste erforderlich sind. Geringe Ausprägung kommunikativer und interaktiver Kompetenzen und eine ebenfalls geringere Verfügbarkeit materieller und immaterieller Ressourcen (beispielsweise Wissen, Zeit, Geld) beeinträchtigen oftmals ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten sich die zunehmend professionalisierten und bürokratisierten Dienstleistungsangebote erfolgreich zu Problembewältigung und -lösung nutzbar machen zu können. ... Doch wäre es verfehlt, allein Charakteristika und Dispositionen der "Problemträger" für die unterschiedliche Inanspruchnahme sozialer Dienste verantwortlich zu ma-

chen. Vielmehr bewirken spezifische Merkmale und aus organisatorischen und professionellen Eigeninteressen ableitbare Aufnahmestrategien der Dienste beziehungsweise Behandlungsvermeidungsstrategien ihres Personals oftmals, daß die Nachfrager mit den größten Problemen zum Teil systematisch vom Empfang der Hilfsleistungen ausgeschlossen werden - je schwerer die Probleme werden, je größer die Hilfsbedürftigkeit ist, desto unerwünschter ist die Nachfrage. (S. 144)

Auch Filsinger und Bergold (1993) kritisieren die Mängel psychosozialer Versorgungssysteme, deren hervorstechendste Entwicklungsmerkmale in neuerer Zeit sie

- in der quantitativen *Expansion* sozialstaatlicher Leistungen in Form monetärer Leistungen und personenbezogener Dienstleistungen
- in der *Differenzierung* der Sozial- und Gesundheitsdienste und
- in einer *Pluralisierung* der Anbieter und Vermittler psychosozialer Hilfen sehen.

"Sie haben zusammengekommen zu einer *Diversifikation* der 'psychosozialen Landschaft', d. h. zu einer (z. T. nicht mehr überschaubaren) Vielfalt von Diensten, Institutionalisierungsformen psychosozialer Hilfen, Angeboten, Hilfeformen usw. geführt" (Filsinger & Bergold, 1993, S. 16). Diese Entwicklung des Versorgungssystems sei in nicht unerheblichem Ausmaß durch die rasante Zunahme von Absolventen psychosozialer Berufsgruppen (Sozialpädagogen, Pädagogen, Psychologen) bestimmt. Die damit einhergehende Professionalisierung der psychosozialen Helferberufe habe dabei einen Mechanismus beständiger Zuständigkeitsausweitung in Gang gesetzt, "deren unbeabsichtigte Folgen in der Enteignung alltäglicher Handlungskompetenzen und einer größeren Abhängigkeit vom Experten handeln gesehen werden können, was (Keupp, 1987) die «Machtergreifung der Experten» nennt" (Filsinger & Bergold, 1993, S. 18). Endogene Entwicklungsprozesse des Versorgungssystems zwingen die Anbieter zu Differenzierung und Spezialisierung ihrer Dienstleistungsangebote, was mit einer Selektion der potentiellen Klientel einhergehe. "Hochgradig spezialisierte und damit selektive Hilfesysteme reduzieren offenbar die Möglichkeit zu einem problemsensiblen Zugang zum Klientel dadurch, daß sie den Alltag zergliedern und einen erheblichen Anteil diffus-lebensweltlicher Aspekte und Bestandteile subjektiver Problemdeutungen und Definitionen ausblenden (Olk & Otto, 1987). Die Wirksamkeit von Hilfeleistungen hängt aber zu einem erheblichen Teil von der Berücksichtigung der besonderen Lebenssituation und ihrer spezifischen lebensweltlichen Einbettung ab" (Filsinger & Bergold, 1993, S. 25).

In dieser interinstitutionellen Dynamik erhält die Psychiatrie zunehmend die Funktion des "Abschiebebahnhofes" (Engfer & Bauer, 1991) für andere Anbieter psychosozialer Dienstleistungen. So thematisiert Rössler (1994) die zunehmende Wohnungslosigkeit unter psychisch Kranken u. a. als unerwünschten Begleiteffekt des reformierten Versorgungssystems, da die Fragmentierung der Versorgung eine Fragmentierung der Verantwortung nach sich gezogen habe. Müller, Schacke und Stimmer (1991) kommen nach einer Analyse

der Suchtkrankenversorgung im Landkreis Lüneburg zu dem Schluß, daß das Suchtversorgungssystem "auf mitwirkungsfähige Suchtkranke mit relativ hoher sozialer Integration, also guten Prognosen, ausgerichtet [ist]. Für diese Personengruppe ist ein ausreichendes Angebot vorhanden" (S. 9). Am gravierendsten seien die Versorgungsmängel für langfristig akut Suchtkranke (depraviierte) und Suchtkranke mit zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen - ein Befund, den Schulz und Samel (1990) ohne Einschränkung für weite Teile der Bundesrepublik für gültig halten. Die o. g. Selektionsmechanismen führen zu einer Konzentration prognostisch günstiger Alkoholkranker in den Suchtfachkliniken. Die prognostisch ungünstigen *chronisch mehrfach geschädigten Alkoholkranken* finden sich vorrangig in weniger spezialisierten Psychiatrischen Krankenhäusern wieder (John, 1984; Rothenbacher, Fritz-Pfannkuch & Weithmann, 1985). Die ungünstigen Merkmale bestehen besonders in der schlechteren sozialen Lage alkoholkranker Psychiatriepatienten. Sie sind häufiger ohne eigene Wohnung, ohne abgeschlossenen Schulabschluß und Berufsausbildung, sehr viel öfter zum Zeitpunkt der Behandlung arbeitslos und haben sehr viel häufiger schon Entzugsbehandlungen in der Vorgeschichte als Alkoholkranke in Fachklinikbehandlung (Wienberg, 1993). Wessel, Pörksen und Zechert (1997) fanden unter den 1.509 Abhängigkeitskranken einer psychiatrischen Pflichtversorgungsklinik behandelt worden waren, 8% obdachlos (von der Straße aufgenommen), 8% wohnungslos (in öffentlichen Unterkünften ohne eigenen Miet-, Untermiet- oder Nutzungsvertrag) und 11% in einem Wohnungsnotfall. Bei Letztgenannten war ein Wohnungsverlust aufgrund einer Räumungsklage eingetreten oder stand unmittelbar bevor, oder die Benutzung der bestehenden Wohnung war nur unter Gefahr möglich. Gerade die wohnungslosen Patienten verursachten im einjährigen Erhebungszeitraum vermehrte Behandlungsepisoden. Die schlechten Prognosevoraussetzungen bestehen also vorrangig in einer sehr viel geringeren sozialen Integration und niedrigerem sozialen Status, also Merkmalen, die auch mit der strukturellen Schichtung der Gesellschaft in Zusammenhang stehen. Hinsichtlich somatischer Alkoholfolgeerkrankungen bestehen keine nennenswerten Unterschiede zu Fachklinikpatienten (Küfner et al., 1986) oder Alkoholentzugspatienten einer Psychiatrischen Universitätsklinik (Schwoon, Veltrup & Gehlen, 1989). Ein weiterer Befund der Untersuchung von Wienberg (1993) deutet auf eine relativ kleine Gruppe (6%) Abhängigkeitskranker hin, die durch wiederholte Aufnahmen ein Viertel der Behandlungsepisoden verursacht. Es ist zu vermuten, daß es sich hierbei - wie bei Wessel et al. (1997) - um *chronisch mehrfach geschädigte Alkoholkranke* handelt.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß in Deutschland ein gutausgebautes Suchtversorgungssystem für mitwirkungsfähige Suchtkranke existiert, das ca. 200.000 Alkoholkranke jährlich erreicht. Vor dem Hintergrund von 2,6 Mill. Alkoholkranken muß aber festgestellt werden, daß andere Sektoren des Gesundheits- und Sozialsystems eine sehr viel höhere Kontaktnähe zu Alkoholkranken aufweisen. Da der Ausbildungsstand in bezug auf Alkoholabhängigkeit in diesen Sektoren aber oft Mängel aufweist und die Kooperation zwi-

schen den Sektoren gering ist, werden Alkoholranke sehr häufig nicht adäquat behandelt bzw. nicht in eine suchtspezifische Behandlung aufgenommen. Innerhalb der Gruppe der Alkoholranke, die dezidiert wegen der Abhängigkeit Behandlung erfahren, scheint zudem eine Zweiteilung zu existieren in diejenigen mit einer guten sozialen Integration, guter Prognose und dementsprechend qualifizierter Behandlung in Fachkliniken und diejenigen mit sehr schlechten sozialen Voraussetzungen, vermeintlich schlechten Erfolgsaussichten und dementsprechender "Abschiebung" in Psychiatrische Landeskrankenhäuser. Unter den Letztgenannten finden sich vermehrt *chronisch mehrfach geschädigte Alkoholranke*. In der Wirtschaftsterminologie der letzten Jahre könnte man dies als reines "Allokationsproblem" bezeichnen, sozialpolitisch bedeutet es die Verletzung - wenn nicht die Aufgabe - des Gleichbehandlungsgrundsatzes.

5. Forschungsstand zu chronischer Mehrfachschädigung Alkoholranke

Anders als bei Edwards' *Abhängigkeitssyndrom* handelt es sich bei der Bezeichnung *chronisch mehrfach geschädigt alkoholkrank* nicht um einen Begriff aus der klinischen Forschung, sondern um eine Bezeichnung, die der Versorgungsdiskussion der Psychiatriereform der Bundesrepublik Deutschland in den 80er Jahren entstammt. Bis zu dieser Zeit wurden Alkoholranke am Ende der Suchtentwicklung in der Regel als "depraviert" bezeichnet. Wanke und Täschner (1985) beschreiben Depravation z. B. folgendermaßen:

Bei langanhaltendem Alkoholismus ... kommt es im Laufe der Suchtentwicklung zu einer spezifischen Persönlichkeitsumformung, die meist mit einer schwerwiegenden hirnanorganischen Veränderung verbunden ist. Wir sprechen dann von Depravation ... Depravierte Alkoholiker verlieren immer mehr das Interesse an sich selbst und an ihrer Umgebung, Familie und Partner eingeschlossen. Kritischschwäche der eigenen Situation gegenüber, aber auch Verantwortungslosigkeit gegenüber sozialen Pflichten sind typische Erscheinungsformen der Depravation. Antrieb und Interesse werden reduziert. Der Konsum von Alkohol steht im Vordergrund der noch resthaft vorhandenen Strebungen. Sozialer Abstieg, oberflächliche Alkoholkumpanei, Unehrllichkeit und persönlicher Substanzverlust sind weitere Kennzeichen dieses Zustandsbildes. Es ist nicht immer leicht, Depravation von sozialem Abstieg bzw. von hirnanorganischer Veränderung zu trennen. Alle drei Folgen des chronischen Alkoholismus kommen meist vergesellschaftet vor. Ob es Depravation beim Alkoholismus auch ohne hirnanorganische Veränderungen gibt, scheint zweifelhaft. Derartige Fälle sind uns aus klinischer Erfahrung bislang nicht bekannt worden. Depravation stellt somit einen Endpunkt der «Trinker-Karriere» dar. (S. 120)

Auch der PROGNOSE AG war bei ihren Untersuchungen zu den Empfehlungen der Expertenkommission des Modellprogramms Psychiatrie ein "«harter Kern» langfristig Abhängigkeitsranke" (BMJFFG, 1988, S. 494) aufgefallen, der im bestehenden Behandlungssystem kaum Hilfe fand. Statt des diskriminierenden Begriffs *Depravation* schlug die Expertenkommission (BMJFFG, 1988) die wertfreiere Bezeichnung *chronisch mehrfach geschädigt* für diese Gruppe Alkoholranke vor. Es handelt sich bei dem Begriff nicht um

eine nosologische Bezeichnung, sondern um einen Terminus für eine Gruppe "behandlungsunfähiger", "therapieresistenter" Abhängiger, die dem Suchtversorgungssystem therapeutische und damit administrative Schwierigkeiten bereitet. Trotz einer gewissen Redundanz - da Alkoholabhängigkeit nach traditionell medizinischer Auffassung per se als chronische (lebenslange) Krankheit gilt - bringt der Begriff zum Ausdruck, daß diese Gruppe Abhängiger durch eine Vielzahl sozialer, psychiatrischer und somatischer Störungen gekennzeichnet ist, was besondere Behandlungsprobleme verursacht. Bartmann (1985) schlägt folgerichtig eine Kategorisierung von Alkoholkranken nach Behandlungsbedürfnissen - nicht nach nosologischen Regeln - vor und betont, daß diese Kategorien bei der höchst unterschiedlichen individuellen Suchtentwicklung der Patienten nicht als "Trinkertypen" fehlverstanden werden sollten.

5.1 Ansätze aus der Praxis

Trotz dieses Begriffswechsels basiert ein Großteil der Literatur zu *chronisch mehrfach geschädigten Alkoholkranken* bis heute mehr auf Erfahrungsberichten von Behandlern als auf systematischer Forschung. Speckmann (1991) nennt folgende Merkmale:

- Fast Null-Abstinenz.
- Verlust der Hemmschwelle bei situativer Minimalverführung.
- Hohe Rückfallgefährdung.
- Ungünstige Prognose.
- Diskretes oder offenes Psychosyndrom.
- Mehrfachschädigungen (hirnorganische Folgekrankheiten neben körperlichen Schädigungen und Verhaltensstörungen).
- Die Schwere der körperlichen Folgeschäden erzwingt eigentlich Abstinenz.
- Die intellektuelle Schädigung ist so groß, daß Willensbildung erschwert und Mitwirkungsfähigkeit eingeschränkt ist.
- Ablehnung von Gruppenhilfen und Fremdkontrolle.
- Ablehnung von aktiven und sozialen Kontakten (besonders konfrontierenden Gruppensituationen).
- Eigenaktivität ist auf die Beschaffung des Suchtmittels gerichtet.
- Interessenabsorption.
- Keine Behandlungsmotivation (zur Entwöhnungsbehandlung).
- Wenn Krankheitseinsicht, dann keine Problemeinsicht und umgekehrt.
- Unter Alkoholkonsum treten Fremd- und Selbstaggressionen auf.
- Verwahrlosungstendenzen.
- Verleugnungstendenzen.
- Selbstaufgabe.
- Versorgungshaltung.
- Nichtvermittelbarkeit in Wohnung. (S. 97-98)

Bartmann (1982) stellt "Überlegungen zur alternativen Alkoholismusbehandlung in einem Psychiatrischen Landeskrankenhaus" an und geht dabei besonders auf die Gruppe "behandlungsunfähiger" Abhängiger ein. Es handele sich in der Regel um Patienten am Ende einer langen «Suchtkarriere» mit anamnestisch mehreren Entwöhnungsbehandlungen und zu meist schwerem hirnnorganischen Psychosyndrom. Klassische Fachkliniken nähmen diese Patienten kaum mehr auf, so daß ihnen ohne sonstige spezifische Therapieangebote oft nur ein Leben auf Langzeitstationen der Landeskrankenhäuser bliebe. Wie im übrigen Suchtversorgungssystem würden diese Patienten - ohne intern differenziertes Behandlungsangebot - auch in den LKHs nur verwahrt. Ein Haupthindernis für eine Verbesserung der Behandlung sieht der Autor im therapeutischen Nihilismus von Suchttherapeuten hinsichtlich dieser Patientengruppe. Dabei hätten psychodiagnostische Untersuchungen gezeigt, daß die geistigen Leistungseinbußen hirnnorganisch geschädigter Alkoholkranker bei Abstinenz gebessert würden. Therapeutisch wichtig wären für diese Patienten Gruppentherapie, das Einüben konkreter alltagspraktischer Verhaltensweisen durch Arbeitstherapie, psychomotorisches Training in Lauf- und Entspannungstherapie, Kognitionstraining aber auch der Ausbau langfristiger Nachbetreuungsangebote. Diagnostik und Therapie müßten auf die individuellen Erfordernisse des Patienten abgestellt sein. Vom hohen therapeutischen Ziel eines selbständigen Lebens in lebenslanger Abstinenz müsse abgewichen werden. Jeder trockene Tag sei ein Erfolg (Bartmann, 1985, 1988; Andritsch, 1989; Schwoon, 1992).

Bedauerlicherweise fehlen in der Literatur Hinweise für die operationale Definition des Begriffes der *chronischen Mehrfachschädigung Alkoholkranker*. Dementsprechend diffus bleiben Angaben über Umfang und Konzentration dieser Gruppe in den unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen des Versorgungssystems. So geben z. B. Wenig, Fleischmann, Lenske und Unglaub (1992) den Prozentsatz *chronisch mehrfach geschädigter Suchtkranker* im Bezirkskrankenhaus Regensburg mit 11% an. In der Psychiatrischen Klinik GILE-AD IV in Bielefeld machten 1991 die Aufnahmen auf einer speziellen Station für *chronisch mehrfach Geschädigte* 32% aller suchtbedingten und 14% aller psychiatrischen Aufnahmen aus (N. Pörksen, persönl. Mitteilung, 14.10.1992).

Mit ihrer Untersuchung von 37 Patienten einer Spezialstation des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Weinsberg für hirnnorganisch und körperlich geschädigte chronisch Alkoholranke untermauerten Ruf und Andritsch (1986) Bartmanns Kritik am therapeutischen Nihilismus. Bei einer Nachbefragung 12 bis 18 Monate nach Entlassung waren 21,6% «durchgehend oder nach Rückfall abstinent». Bezog man diese Erfolgskategorien nur auf die 28 Patienten, die in der Nachbefragung auffindbar waren, erhöhte sich der Prozentsatz sogar auf 28,6%. "Die Ergebnisse zeigen, daß auch bei bisher als therapieresistent geltenden Alkoholkranken mit Folgeschäden therapeutische Erfolge mit Hilfe eines adäquaten Behandlungskonzeptes möglich sind" (Ruf & Andritsch, 1986, S. 214). Die Patienten (73% Männer; 27% Frauen) hatten im Schnitt 5,7 Monate stationärer Behandlung mit verhaltens-

therapeutischer Ausrichtung und massiven sozialen Hilfestellungen für die konkrete Lebensgestaltung erhalten.

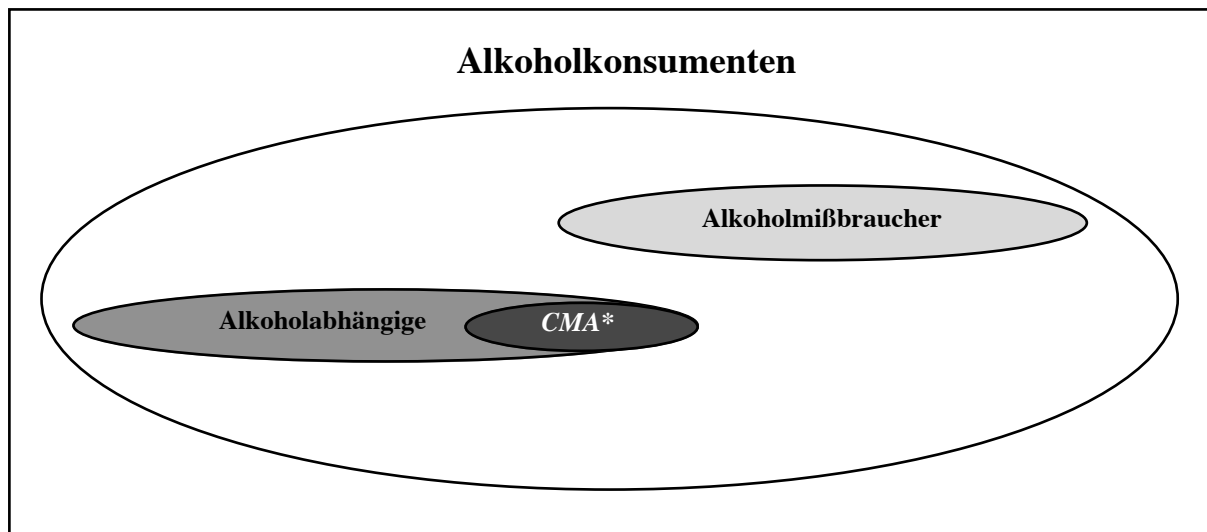
In seiner Langzeituntersuchung von 444 Alkoholkranken (93,6% Männer; 6,4% Frauen) zweier österreichischer Krankenhäuser über einen Zeitraum von vier bis sieben Jahren führte Lesch (1985) 12 und 48 Monate nach der stationären Behandlung Nachbefragungen durch. Der Autor stellte vier Verlaufstypen auf, die sich hinsichtlich relevanter Prognoseprädiktoren unterschieden, und ordnete die Patienten gemäß ihres Zustand in den Katamnesen dem jeweiligen Verlaufstyp zu. Neben Typen mit "abstinentem Verlauf" (I), mit "kontrolliertem Trinken" (II) und "wechselndem (Problem-) Verlauf" (III) wurde auch ein Typ IV mit "schlechtem Verlauf" postuliert. Lesch charakterisierte die *depravierten*, nicht beeinflussbaren Alkoholkranken dieses Typs folgendermaßen: "Das Trinkverhalten hat sich hier nach der stationären Aufnahme bis zu höchstens 3 Monaten - meistens aber in keiner Weise - verbessert, das Trinkverhalten ist gewöhnlich eher noch unkontrollierter in Erscheinung getreten. Es gibt für den Patienten deutliche soziale und psychische Auffälligkeiten, er ist in den noo- wie auch thymopsychischen Leistungen beeinträchtigt, zeigt auch im somatischen Bereich die entsprechenden, meist progredienten alkoholbedingten Schäden, wie z. B. Leberschädigung, Polyneuropathie etc." (Lesch, 1985, S. 38-39). Durch den Vergleich der vier Verlaufstypen mit Variablen wie Trinkverhalten in Selbst- und Fremdwahrnehmung, organischem Psychosyndrom, Leberschädigung und sozialem Zustand zu den Katamnesezeitpunkten zeigt sich, daß "der Zustand des Patienten zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme deutlich den weiteren Verlauf [beeinflusst]. Je schlechter, d. h. je später der Patient zur Aufnahme kommt, umso schlechter ist auch seine Prognose" (Lesch, Dietzel, Musalek, Walter & Zeiler, 1989, S. 273). Dieser Effekt sei reaktiv zeitunabhängig. Patienten des Typ IV (mit "schlechtem Verlauf") hätten auch 12 bzw. 48 Monate nach der Entlassung unverändert schwere Störungen. Insgesamt legten die unterschiedlichen Eigenschaften der vier Verlaufstypen nach Ansicht der Autoren eine Differenzierung des globalen Alkoholismuskonzeptes nahe. Die Untergruppe des Typ IV besitzt "typisch präalkoholische Merkmale, wobei vor allem die Beziehung zwischen einer Störung des "affektiven Klimas" im Elternhaus, einer kindlichen cerebralen Schädigung und kindlichen Verhaltensstörung (Enuresis nocturna) auffällt. Der Alkohol wird als Medikament eingesetzt, womit Patienten die Symptome ihrer Entwicklungsstörung behandeln. Die Behauptung, daß diese Patientengruppe "selbstverschuldet" trinke und in diesem Sinne auch nach der Behandlung weiter Alkohol konsumiere, ist abzulehnen. Dieser Aspekt der präalkoholischen Schädigung ist die Ursache dieses Verlaufs, und sollte vor allem in Studien berücksichtigt werden, die Alkoholfolgekrankheiten untersuchen" (Lesch et al., 1989, S. 279-280). Die schlechte Beziehung zu den Eltern, kindliche Verhaltensstörungen (wie Bettnässen, Nägelbeissen und Stottern) sowie etwaige cerebrale Schäden bildeten bei den Alkoholkranken dieses Typs die Primärfaktoren einer Entwicklungsstörung vor allem im psychischen Bereich. Daraus folgten geringe Schul- und oft überhaupt keine Berufsausbildung mit niedri-

ger sozialer Stellung und geringem, passivem Freizeitverhalten. Auf dieser Grundlage führe langjährige Alkoholabhängigkeit oft erst in weit fortgeschrittenem Krankheitsstadium zu stationärer Aufnahme. "Die oft bestehende Arbeitslosigkeit vor der Aufnahme, eine menschenunwürdige soziale Situation sowie schlechte Partnerschaft mit einer unsicheren, ablehnenden und manchmal selbst trinkenden Partnerin ... spiegeln den Schweregrad der sozialen Deprivation deutlich wider. Diese Patienten kommen oft erst mit schweren körperlichen Schäden zur Aufnahme" (Lesch, 1985, S. 212-213). In dieser Gruppe bestünden körperliche Abstinenzsyndrome und alkoholbedingte Amnesien häufig bereits fünf Jahre und länger, oft gäbe es Grand-mal-Anfälle, mittel bis schwere Polyneuropathien und Symptome fortgeschrittener cerebraler Abbauprozesse. Die Aufnahme erfolge oft zwangsweise auf Druck von Arzt oder Familie und zu spät im Krankheitsverlauf - mit der Gefahr erhöhter Sterblichkeit. Gemessen am Ausmaß der Entwicklungsstörungen und der Schwere der alkoholbedingten Beeinträchtigungen sei die Behandlung oft zu kurz. Bei einem Durchschnittsalter 43,5 J. (Median) zum Aufnahmezeitpunkt starben innerhalb des 7jährigen Untersuchungszeitraum 23,2% (101) aller untersuchten Patienten - der überwiegende Teil in Gruppe IV. Haupttodesursache waren Lebererkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, bösartige Tumore vor allem des oberen Verdauungstraktes, Suizid und Unfälle (Lesch et al., 1986).

5.2 Operationalisierungsansätze

Übersetzt in klinische Begriffe ist ein *chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker (CMA)* jemand, der an einem schweren Abhängigkeitssyndrom (viele der sieben Symptome) und an einem unklaren Ausmaß alkoholbedingter Folgeschäden leidet. Der Begriff beinhaltet Edwards' Abhängigkeitssyndrom, dessen alkoholbedingte Folgeschäden sowie seine implizite Vorstellung von einer graduellen Abstufung der Schwere der Erkrankung.

Abbildung 6: Untergruppen von Alkoholkonsumenten



Anmerkung: **chronisch mehrfach geschädigte Alkoholranke*

Danach teilt sich die Grundgesamtheit der Alkoholkonsumenten in Konsumenten ohne Abhängigkeitssyndrom und Folgeschäden, Alkoholmißbraucher (ohne Abhängigkeitssyndrom, aber mit Folgeschäden) und Alkoholabhängige (mit Abhängigkeitssyndrom, aber nicht unbedingt mit Folgeschäden; s. Abbildung 6). Eine Untergruppe der Letztgenannten mit einer Vielzahl von Folgeschäden bilden *CMA*.

Einen sinnvollen Ansatz zur genaueren Operationalisierung des Begriffes *CMA* bieten die Befunde der Arbeitsgruppe von Schulz und Mitarbeitern (Langlott, 1989; Schulz & Samel, 1990; Rienas, Schulz & Schneider, 1991; Schneider et al., 1991; Rienas, Sohns-Pflüger & Schulz, 1992; Schulz et al., 1992, Rohrmann, 1992). Sie wählten aus der einschlägigen Literatur zur Psychotherapieforschung der Alkoholabhängigkeit (s. Kapitel 3) acht prognostisch relevante Merkmale aus (Tabelle 6).

Tabelle 6: Prognostisch relevante Variablen bei Schulz und Samel (1990)

Merkmal	prognostisch ungünstige Ausprägung
<i>Familienstand</i> *	alleinstehend
<i>berufliche Stellung</i> *	arbeitslos oder frühberentet
<i>Wohnsitz</i>	ohne festen Wohnsitz
<i>Anzahl der Behandlungen</i>	4 und mehr im NLK Königslutter
<i>Aufenthaltsmodus</i>	mit richterlicher Einweisung
<i>Pflegschaft</i>	vorhanden
<i>Suchtfolgeerkrankungen</i>	3 oder mehr
<i>Diagnose</i>	mehrfachabhängig

Anmerkung: * Variablen zur Bildung prognostisch günstiger vs. ungünstiger Untersuchungsgruppen

Diese Variablen erhoben die Autoren an einer Zufallsauswahl von 546 Patientenakten des Suchtbereichs im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Königslutter aus den Jahren 1985/86 (Tabelle 7). Die Prüfung der Zusammenhänge dieser acht Merkmale mittels χ^2 -Test ergab, daß die Variablen *Familienstand* und *berufliche Stellung* eine besonders zentrale Position unter den Merkmalen einnahmen. Sie wurden als Kriterien zur Bildung zweier Prognosegruppen verwendet. Danach galten 32,0% der Ausgangsstichprobe als *prognostisch ungünstig* (*alleinstehend* und *arbeitslos/frühberentet*) und 29,7% als *prognostisch günstig* (*verheiratet* und *berufstätig*). Das Merkmal *Diagnose* (mehrfachabhängig) wurde wegen zu geringem Zusammenhang mit den anderen Variablen ausgeschlossen. *Prognostisch besonders ungünstig* erschien den Autoren eine Gruppe von 73 Patienten (13,4% der Ausgangsstichprobe), die zusätzlich zu den Gruppierungskriterien mindestens zwei weitere ungünstige Merkmalsausprägungen aufwiesen. Die Autoren führten bei denselben Patienten durchschnittlich 14,2 Monate nach der Entlassung eine Katamnese mit einer Rücklaufquote von 46,2% (224 Patienten) durch.

Tabelle 7: Häufigkeiten der prognostisch relevanten Variablen bei Alkoholkranken des NLK-Königslutter (Schulz & Samel, 1990)

Stichprobenumfang	546
Anteil der Männer	76,6%*
Durchschnittsalter der Gesamtstichprobe (\bar{x})	40,6J.*
ledig, dauernd getrennt lebend, geschieden, verwitwet	59,5%
arbeitslos, einschl. Frührentner	39,9%
ohne festen Wohnsitz	4,8%
4 und mehr Behandlungen	21,4%
Aufnahme per richterlicher Einweisung (PsychKG)	24,5%
Pflegschaft	4,0%
3 oder mehr Suchtfolgeerkrankungen	12,4%
mehrfachabhängig	10,0%

Anmerkung: * Angaben aus Mauthe, Schulz und Weiß-Lenhardt (1988)

Auch diese Stichprobe teilten sie wieder nach *Familienstand* und *beruflicher Stellung* in zwei Prognosegruppen. Der Anteil der Abstinenten in der prognostisch günstigen Gruppe (n=70) war mit 71,4% doppelt so hoch wie in der ungünstigen Gruppe (n=58) mit 32,8%. Die "Rate der Rückfälligen [nahm] mit der Anzahl der prognostisch ungünstigen Merkmale stetig zu" (Schulz & Samel, 1990, S. 30). Hinsichtlich des Zusammenhangs der prognostischen Merkmale konnten die Autoren keine hierarchische Struktur feststellen.

Rienas et al. (1991) nahmen vier Jahre nach der genannten Studie eine erneute Aktenanalyse vor, um festzustellen, ob sich der Anteil prognostisch ungünstiger Patienten im NLK Königslutter verändert hatte. Von den 223 zufallsgezogenen Patienten des Jahres 1990 erfüllten 46,2% die prognostisch ungünstige Kombination von 'alleinlebend und arbeitslos/frühberentet'. Dies entsprach einer Steigerung um 14,2%-Punkte gegenüber der Untersuchung der Behandlungsjahre 1985/86 (damals 32,0% [Schulz & Samel, 1990]). Bezüglich der Anzahl vermehrter prognostisch ungünstiger Merkmale (≥ 4) hatte sich aber so gut wie keine Veränderung ergeben. Statt 13,4% in den Jahren 1985/86 wiesen nun 13,9% diese schweren Beeinträchtigungen auf. Die Autoren kamen daraufhin zu dem Schluß, daß der Anteil der schwer beeinträchtigten Patienten nicht zugenommen habe. Trotz z. T. desolatem Zustand seien die meisten Alkoholkranken offenbar nicht so "abgebaut", wie häufig geäußert würde. Die Überschätzung des Ausmaßes der Beeinträchtigung führten Rienas et al. (1991) auf die besondere Belastung zurück, die gerade durch die schwerer geschädigten Alkoholkranken für die Mitarbeiter von Suchteinrichtungen entstünden. Die Autoren wiesen aber auch darauf hin, daß die beiden Kriterien *Familienstand* und *Arbeitslosigkeit* allgemeinen gesellschaftlichen Einflüssen unterlägen. So habe zwischen 1985/86 und 1990 der Anteil Alleinstehender und Arbeitsloser auch in der Allgemeinbevölkerung zugenom-

men, was gerade bei Letzterem eine stark beschleunigende Wirkung auf die Suchtentwicklung haben dürfte.

Ziel einer weiteren Studie von Schneider et al. (1991) war es, das Ausmaß hirnerkranklicher Beeinträchtigungen bei 21 *prognostisch ungünstigen* Alkoholkranken des NLK Königslutter festzustellen und mit den Testwerten anderer behandelter Alkoholkranker zu vergleichen. Abweichend vom Vorgehen von Schulz und Samel (1990) und Rienas et al. (1991) mußten die Alkoholkranken für eine Teilnahme in der Untersuchung *arbeitslos* oder *frühberentet* sein und mindestens *drei weitere* der folgenden *Merkmale* aufweisen:

- alleinstehend
- kein fester Wohnsitz
- 4 oder mehr stationäre Behandlungen
- richterliche Einweisung
- Pflegschaft vorhanden
- 3 oder mehr Suchtfolgeerkrankungen.

Verglichen mit den beiden zuvor genannten Studien handelt es sich aufgrund dieser Eingangskriterien um die Auswahl einer Gruppe *prognostisch besonders ungünstiger* (chronisch mehrfach geschädigter) Patienten. Diese (90,5% Männer; Durchschnittsalter 41,6 J.) untersuchten die Autoren nach durchschnittlich 7,3 Tagen körperlicher Entgiftung mit einer psychologischen Testbatterie (Tabelle 8). Unter den untersuchten Alkoholikern fanden sich 10 bis 15% mit erheblichen hirnerkranklichen Beeinträchtigungen. Die Testwerte dieser Gruppe verglichen die Autoren mit denen der Normstichproben der einzelnen Testverfahren und einer für das NLK Königslutter repräsentativen Gruppe von 29 Alkoholkranker einer früheren Untersuchung (Langlott, 1989). Im Vergleich zu den Normstichproben erzielten die untersuchten Patienten durchschnittlich schlechtere Ergebnisse hinsichtlich Konzentration und Aufmerksamkeit sowie einzelner psychomotorischer Leistungen.

Tabelle 8: Psychologische Funktionen und verwendete Tests zur Untersuchung hirnerkranklich beeinträchtigter Alkoholkranker (nach Schneider et al., 1991)

psychologische Funktion	verwendeter psychologischer Test
fluide Intelligenz	<i>Kurztest für allgemeine Intelligenz (KAI)</i>
präfrontale Intelligenz	<i>Mehrfach-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B)</i>
visuelle Merkfähigkeit und hirnerkrankliche Störung	<i>Benton-Test</i>
hirnerkrankliche Störung	<i>Hintergrund-Interferenz-Verfahren (HIV)</i>
Konzentration und Aufmerksamkeitsbelastung	<i>d2</i>
Bewegungsruhe, Handgeschicklichkeit, Auge-Hand-Koordination und psychomotorische Geschwindigkeit	<i>Kurzform der Motorischen Leistungsserie (MLS)</i>

Der Vergleich mit der Stichprobe von Langlott (1989) ergab aber keine signifikanten Unterschiede, weshalb die Autoren die Hypothese zurückwiesen, Hirnleistungsdefizite träten bei *prognostisch besonders ungünstigen* Alkoholkranken häufiger auf als bei anderen behandelten Alkoholikern.

Ausgehend von der Hypothese, daß es sich bei CMA nicht um eine homogene Gruppe handelt, nahmen Rienas et al. (1992) in einer explorativen Verlaufsuntersuchung eine Unterteilung nach individuell bedeutsamen Unterschieden vor. Die Falldefinition und die Beurteilung der hirnorganischen Beeinträchtigung entsprachen dem Vorgehen von Schneider et al. (1991 [s.o.]). In einem sechswöchigen Untersuchungszeitraum erfüllten 27 Patienten des NKL Königslutter die Indexkriterien (85,2% Männer; Durchschnittsalter 43,2 J.). Nach einer Eingangserhebung wurde für 23 Patienten, die sich zur aktiven Teilnahme an der Verlaufsstudie bereit erklärt hatten, in vierwöchigem Abstand ein Jahr lang in gemeinsamen Gesprächsterminen die Entwicklung in allen Lebensbereichen (Wohnsituation, soziale Situation [Familie, Partnerschaft, Freundeskreis], berufliche Entwicklung, Alkoholkonsum) dokumentiert. Danach stellten die Autoren fünf Untergruppen auf. Der Gruppe I wiesen die Autoren sieben Patienten zu und betitelten sie als "Hirnorganische Veränderungen". Bei einem Teil der Patienten waren diese Veränderungen bereits in ein Korsakow-Syndrom gemündet, bei den anderen bestand zumindest eine starke Wesensveränderung und große Hirnleistungsschwächen. Zusätzlich bestanden bei den meisten Patienten weitere Suchtfolgeerkrankungen z. T. schwerster Ausprägung (Polyneuropathie, cerebrale Krampfanfälle, Delirien, Hepatopathie). Die Gruppe II mit acht Patienten bezeichneten die Autoren als "Persönlichkeitsstörungen". Als charakteristische Merkmale wurden zusätzliche psychische Erkrankung, Medikamentenabhängigkeit, Suizidversuche, Nicht-Vorhandensein einer Pflegschaft und einer Partnerschaft angegeben. "Besonders deutlich tritt bei diesen psychisch auffälligen Persönlichkeiten die mangelnde Beziehungsfähigkeit hervor. Sie zeigen starke psychische Anspannung und Ängste, was sie zur Aussendung von Hilfsappellen an die Umwelt veranlaßt. Sie wirken oft distanzlos und anmaßend. Es besteht oft eine große Diskrepanz zwischen ihrem Verhalten und geltenden sozialen Normen. Überhöhte Forderungen an die Umwelt sind verknüpft mit einer sehr geringen Frustrationstoleranz und mangelhaftem Kontakt zur Realität. ... Die Verläufe der meist noch recht jungen Patienten sind oft sehr dramatisch, in einem Fall kam es zum Tod des Patienten" (Rienas et al., 1992, S. 69). Die Gruppe III (7 Patienten) beschrieben die Autoren als absolutes Gegenteil zu Gruppe II und nannten sie "Pathologische Bindung". Bezeichnend sei für diese Gruppe die Abwesenheit zusätzlicher psychischer Erkrankungen, seltene richterliche Einweisungen, lange Bindungen und längere Phasen der Berufstätigkeit. "Die Patienten wirken kooperativ und anpassungsfähig, gewissenhaft und sowohl psychisch als auch sozial genügsam ... Ihre Abhängigkeit von anderen führt sie meist zu langandauernden Beziehungen, z. T. in Form einer Ehe, z. T. aber auch zu Elternteilen oder Elternersatz. Sie sind insgesamt auf den ersten Blick eher unauffällige Persönlichkeiten mit einem relativ intakten sozialen Umfeld

(d. h. es ist immer jemand da, der sich um sie kümmert). Unfähig fühlen sie sich, wenn es um Eigenverantwortung und Selbständigkeit geht" (Rienas et al., 1992, S. 129). Die Gruppe IV betiteln die Autoren mit "Bindungslosigkeit". Für die vier Patienten dieser Gruppe sei 'typisch', daß sie wohnungslos und alleinstehend seien, viele Entgiftungsbehandlungen hinter sich hätten und eine lange Abhängigkeitsdauer, eine geringe Pflegerschaftsrate aufwiesen und wenig Suchtfolgeerkrankungen. "Auffällig ist bei diesen Personen ihr Streben nach Autonomie, Nicht-Eingebundensein. ... Engere Kontakte zu Freunden oder Partnern können nicht ausgehalten werden. Oft entsteht bei ihnen eine «Philosophie der Einsamkeit», ihre soziale Desintegration wird romantisch verklärt wahrgenommen oder zumindest so beschrieben. ... Insgesamt scheinen sie trotz Desintegration vergleichsweise stabile Persönlichkeiten zu sein, die ihr Leben weitgehend allein organisieren können" (Rienas et al., 1992, S. 205). Für die Gruppe V mit der Bezeichnung "Psychiatrische Erkrankungen" ist das Vorhandensein einer psychotischen Störung das entscheidende Merkmal. Die drei Patienten dieser Gruppe - die in der Forschung auch unter dem Begriff der *Doppeldiagnose* (dual diagnosis; [Ridgely, Goldman & Talbott, 1986; Ridgely, Osher & Talbott, 1987) behandelt wird - weisen häufig frühere psychiatrische Behandlungen wegen ihrer psychotischen Erkrankung oder wegen Suizidversuchen auf. Die Autoren weisen auf die mangelnde Generalisierbarkeit der Gruppenbildung hin, die zudem nicht disjunkt ist. Im zeitlichen Verlauf berichten die Autoren über besonders deutliche Veränderungen bei den anfänglich wohnungslosen Patienten. Diese Patienten hätten vermutlich eine größere Hoffnung auf konkrete Verbesserungen ihrer Lebenssituation und nähmen Hilfsangebote eher an. Zudem hätte ihre Lage für die professionellen Helfer einen höheren «Aufforderungscharakter». Mit zunehmender Chronifizierung der Alkoholabhängigkeit nehme aber auch der Grad der körperlichen und psychischen Gestörtheit der Patienten zu.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß *CMA* eine sehr heterogene Gruppe von Abhängigen bilden, der gängige Voraussetzungen für Psychotherapie wie hohe Eigenmotivation, gutes Reflektionsvermögen und verbale Artikulationsfähigkeit etc. in der Regel fehlt. Das suchttherapeutische Ziel der selbständigen lebenslangen Abstinenz ist für diese Patienten zu hoch gesteckt und scheint eine Ursache für den Nihilismus vieler Therapeuten zu sein. Dabei zeigen verschiedene Untersuchungen, daß bei konzentrierter Behandlung auch bei diesen Patienten durchaus Therapieerfolge zu erzielen sind. Eine differentielle Therapieplanung ist allerdings sehr zeit-, personal- und kostenaufwendig und bedarf eines individuellen Zuschnitts unter Einbeziehung der sozialen Probleme der Patienten.

III. PROBLEMSTELLUNG

Nach den Arbeiten von Wienberg (1992a, 1992b, 1993, 1994) und der Expertenkommission der Bundesregierung (BMJFFG, 1988) sind von den 2,6 Mil. Alkoholkranken in Deutschland schätzungsweise 400.000 *chronisch mehrfach geschädigt*. Für die 'wahre' Prävalenz gibt es bisher keine empirischen Daten. Trotz eines gut ausgebauten Suchtbehandlungssystems finden CMA keinen Zugang zu spezialisierten Behandlungsangeboten der Suchtberatungsstellen und Fachkliniken. Es handelt sich bei diesen Alkoholkranken um eine 'therapeutische Restkategorie', die - wegen der Versorgungspflicht dieser Einrichtungen - vor allem auf den Suchtstationen Psychiatrischer Landeskrankenhäuser zu finden sind; als Dauerunterbringung teilweise auch in psychiatrischen Langzeitstationen, Behinderten-, Wohnungslosen-, Alten- und Pflegeeinrichtungen. Die Forschungsaktivitäten innerhalb des Suchtbereichs zu dieser Patientengruppe sind vergleichsweise gering. Wissenschaftliches Ansehen oder gesellschaftliches Prestige sind durch die Beschäftigung mit dieser Gruppe kaum zu gewinnen. Im deutschsprachigen Raum bestimmen vor allem Behandlungskonzepte von Praktikern und Verlaufsuntersuchungen zur Alkoholabhängigkeit die Veröffentlichungen, teilweise sind CMA auch Gegenstand von Studien im Nichtseßhaftenbereich. Aus den Publikationen läßt sich zusammenfassen, daß CMA eine heterogene Gruppe sind. Während Lesch (1985) schlechte Beziehungen zu den Eltern, kindliche Verhaltensstörungen und cerebrale Schäden als Primärfaktoren einer solchen Krankheitsentwicklung mit sekundären psychischen, sozialen und somatischen Beeinträchtigungen betrachtet, arbeiten Langlott (1989), Schulz (1992), Rienas et al. (1991, 1992) und Schneider et al. (1991) stärker die unterschiedlichen, hervorstechenden Störungsbereiche wie hirnorganische Leistungseinbußen, Persönlichkeitsstörungen, pathologisches Bindungsverhalten, Bindungslosigkeit und zusätzliche psychiatrische (psychotische) Erkrankung heraus.

Vor diesem Hintergrund ist es - neben der Entwicklung spezifischer Behandlungsprogramme und der Prüfung ihrer Effektivität - notwendig, genauere Angaben über die Zahl der Betroffenen zu erheben, um daraus das Ausmaß des Versorgungsbedarfs für CMA zu bestimmen. Dazu bedarf es einer inhaltlichen Definition.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Entwicklung eines praktikablen und ökonomischen Meßinstruments zur Erfassung von CMA. Für eine operationale Definition sollten folgende Bestimmungsstücke berücksichtigt werden:

1. Die Diagnose eines *Alkoholabhängigkeitssyndroms* (über ICD-10 oder DMS-IV)
2. Merkmale für *Chronifizierung* z. B. über die Dauer der Abhängigkeit, Anzahl der stationären Entgiftungen und Gesamtdauer bisheriger stationärer Entgiftungen (Wiederaufnahmeraten), Einweisungen per richterlichem Beschluß, Heimunterbringung, Errichtung einer Pflegschaft
3. *Mehrfachschädigung* (Häufung alkoholbedingter Folgeschäden)
sozial (als Zeichen möglicher sozialer Desintegration):

- a) keine Partnerschaft/Ehe/Freunde
- b) ohne Arbeit (besonders Langzeitarbeitslosigkeit)
- c) ohne Wohnung
- d) Schulden
- e) Konflikt mit dem Gesetz (Führerscheinentzug, Körperverletzungs- oder Beschaffungsdelikte wegen Alkohol)

psychisch:

- a) Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen
- b) Wesensänderungen
- c) psychomotorische Leistungseinbußen
- d) Depression
- e) Angsterkrankungen
- f) Persönlichkeitsstörungen

körperlich:

- a) internistisch (alkoholbedingte Lebererkrankungen, Ösophagusvarizen, alkoholbedingte Pankreatitis, alkoholbedingte Gastritis und Ulcera, Ösophagus-/Magen-/Pankreas-/Leber-Karzinom, alkoholische Kardiomyopathie, Hypertension, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, Diabetes, Gicht etc.)
- b) neurologisch-psychiatrisch ([Prä-] Delirien, Krampfanfälle, Polyneuropathien, Alkoholpsychosen [Korsakow-Syndrom, amnestisches Syndrom, Alkoholhalluzinose, alkoholischer Eifersuchtswahn], Schizophrenie, Suizidversuche etc.)
- c) chirurgisch (alkoholbedingte Traumen wie Unfallverletzungen, Verletzungen aus Schlägereien).

Für die Instrumentenentwicklung werden die genannten Aspekte als Fragebogenitems formuliert. In einer Probeerhebung wird der Fragebogen dann an einer ersten Stichprobe Alkoholkranker erhoben und auf inhaltliche Auswahl und sprachliche Formulierung geprüft. Daran anschließend werden die Items an einer größeren Stichprobe Alkoholkranker erhoben. Es wird ein Validierungskriterium definiert, an dem in der darauf folgenden testtheoretischen Auswertung geprüft wird, welche der Items sich für die Definition chronischer Mehrfachschädigung am besten eignen. Nach dieser Itemanalyse wird der Fragebogen mit Hinblick auf die besten Items revidiert. In einem weiteren Schritt wird dann ein Trennwert festgelegt, der chronisch mehrfach geschädigte von anderen Alkoholkranken optimal trennt. Der revidierte Fragebogen wird dann mit diesem Trennwert in einer weiteren Erhebung kreuzvalidiert. Als Ergebnis soll ein Meßinstrument vorliegen, mit dem der Anteil CMA in unterschiedlichsten Behandlungssettings erfaßt werden kann.

IV. METHODIK

Im folgenden werden Untersuchungsaufbau und Auswertungsmethoden, Stichprobenrekrutierung, die Voruntersuchung und die Untersuchungsdurchführung beschrieben.

6. Untersuchungsaufbau und Auswertungsmethoden

Für die Entwicklung des Erhebungsinstrumentes sollten Alkoholranke aus ambulanten und stationären Suchteinrichtungen einbezogen werden. Für Itemanalyse und Kreuzvalidierung waren Kodierung und Berechnung aller Daten im Statistikpaket SPSS/PC+ (Kähler, 1993) vorgesehen. Datensätze mit mehr als der Hälfte fehlender Werte sollten von der Analyse ausgeschlossen, bei den übrigen missing values durch Mittelwerte ersetzt werden. Waren mehr als ein Datensatz von einem Klienten vorhanden (durch institutionelle Doppelbehandlung), sollte - zur Vermeidung einer besonders leichten oder schweren Behandlungsepisode des Betroffenen - der jeweils zweiterhobene Datensatz in die Auswertung einbezogen werden. Alle übrigen Datensätze desselben Klienten sollten entfallen. Für die Angaben deskriptiver Merkmale sollten absolute, relative Häufigkeiten, arithmetische Mittel (Standardabweichungen) oder Mediane errechnet werden. Zur Prüfung von Häufigkeitsunterschieden nichtmetrischer Variablen sollte der χ^2 -Test, bei metrischen Variablen der t-Test für unabhängige Stichproben und die einfaktorielle Varianzanalyse zur Anwendung kommen. Statistische Zusammenhänge wurden entsprechend dem jeweiligen Skalenniveau mit Phi-, Punkt-biserialen oder Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten errechnet (Bortz, 1993).

Nach Lienert (1989) sind die drei Hauptgütekriterien eines Tests *Objektivität*, *Validität* und *Reliabilität*. Zur Herstellung von *Objektivität* sind untersucherunabhängige Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsprozeduren notwendig. Diese werden im folgenden durch einheitliche Untersuchungsmaterialien und Auswertungen gewährleistet. Zur Gewährleistung der *Testvalidität* werden in der *Itemanalyse* Itemschwierigkeit, Trennschärfe und Validität berechnet und für die Testkonstruktion verwendet. Dabei ist der "*Schwierigkeitsindex* einer Aufgabe ... gleich dem prozentualen Anteil P der auf diese Aufgabe entfallenden richtigen [JA-] Antworten in Beziehung zur Analysestichprobe von der Größe N; der Schwierigkeitsindex liegt also bei schwierigen Aufgaben niedrig, bei leichten hoch." (Lienert, 1989, S. 87). Den *Trennschärfekoeffizienten* definiert Lienert (1989) "gleich dem Korrelationskoeffizienten zwischen Aufgabenantwort - der richtigen oder falschen - und dem Rohwert ... Ein hoher Trennschärfekoeffizient besagt also, daß die entsprechende Aufgabe 'gute' von 'schlechten' Pbn deutlich unterscheidet, indem gute Pbn die Aufgaben meist richtig [mit JA] beantworten oder auslassen. Ein Trennschärfekoeffizient um 0 bringt zum Ausdruck, daß die Aufgabe von guten und schlechten Pbn etwa gleich häufig richtig beantwortet wird; solche Aufgaben sind unbrauchbar" (S. 93). Der *Validitätskoeffizient* wird analog zum Trennschärfekoeffizienten durch die Korrelation der Aufgabenantworten mit einem Außenkriterium bestimmt. Als Außenkriterium wird die Zu-

gehörigkeit zu einer der beiden Extremgruppen (s. u.) verwendet. Zur Berechnung der drei Itemcharakteristika werden prozentuale Häufigkeiten und Phi-Korrelationskoeffizienten errechnet.

Die *Itemauswahl* sollte nach der sogenannten *Kennwert-Selektion* (Lienert, 1989) unter Berücksichtigung der Trennschärfe- und Validitätskoeffizienten der einzelnen Fragen erfolgen. Über die verbleibenden Items sollte ein Summenscore errechnet werden, anhand dessen ein optimaler *Trennwert* festgelegt werden sollte. Die Validität dieses Cut-off-Punktes sollte mit Hilfe der *Sensitivität*, *Spezifität* und *Gesamteffizienz* bestimmt werden. Dieser Trennwert sollte dann an zwei neuen Stichproben Alkoholkranker kreuzvalidiert werden.

Unter *Reliabilität* eines Tests ist der Grad der Genauigkeit zu verstehen, "mit dem er ein bestimmtes ... Verhaltensmerkmal mißt, gleichgültig, ob er dieses Merkmal auch zu messen beansprucht (welche Frage ein Problem der Validität ist)" (Lienert, 1989, S. 14). Statistisch betrachtet ist Reliabilität in der klassischen Reliabilitätstheorie die Korrelation zwischen Punktwerten eines Tests und Punktwerten eines Paralleltests. "Eine ... sehr verbreitete Methode der Reliabilitätsschätzung in der Diagnostik psychischer Störungen ist die Messung der Beobachterübereinstimmung zur Bestimmung der Interrater-Reliabilität" (Semler, 1990, S. 26). Vorteil dieser Methode ist nach Angaben von Semler die Vermeidung von Verfälschungen durch vom diagnostischen Prozeß selbst ausgelöste Veränderungen. Als Nachteil nennt der Autor die Gewährleistung absoluter Unabhängigkeit der Beurteilungen. An einer kleinen Auswahl von Alkoholkranken sollen Doppelratings auf die Reliabilität des Tests hin untersucht werden.

7. Stichprobenrekrutierung

Ein Teil der Daten wurde im Rahmen des Projektes "*Bestands- und Bedarfsanalyse der kommunalen Versorgung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker*" des *Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health* der Universität Bielefeld erhoben, dessen wissenschaftlicher Mitarbeiter der Autor war. Aufgrund der versorgungspolitischen Ausrichtung war anfänglich eine Totalerhebung in allen Suchtbehandlungseinrichtungen, Unterkünften der Nichtseßhaftenhilfe und bei allen niedergelassenen Ärzten des Bielefelder Versorgungsgebietes anvisiert (s. Tabelle 9). Durch die Einbeziehung von Beratungs-/Behandlungseinrichtungen mit unterschiedlichen Verweilzeiten wurde in den ambulanten Settings zumeist ein Erhebungszeitraum von einem Monat, bei den stationären Settings nur die Bestandserhebung an einem Stichtag angestrebt. Bis zum vorzeitigen Ende des o. g. Projektes wurden nur neun Bielefelder Institutionen erhoben. Um die Datenbasis u. a. für die Kreuzvalidierung zu vergrößern, konnten weitere Suchtbehandlungseinrichtungen außerhalb Bielefelds gewonnen werden. Die Auswahl einer repräsentativen Stichprobe von Suchteinrichtungen war nicht angestrebt.

Tabelle 9: Überblick über das Suchtversorgungssystem der Stadt Bielefeld

I. Die "Randzone": <i>a) ambulant</i> - 5 Beratungsstellen für Abhängigkeitskranke <i>b) stationär</i> - 1 Fachkrankenhaus für Abhängigkeitserkrankungen <i>c) komplementär</i> - ca. 40-50 offenen Gruppen (wöchentlich) verschiedener Selbsthilfverbände
II. Die "Kernzone": <i>a) ambulant</i> - 1 Sozial-psychiatrischer Dienst, 1 Krisendienst <i>b) stationär</i> - 1 Psychiatrische Suchtabteilung, 1 Innere Abteilung mit alkoholabhängigen Akutpatienten, 1 Sonderkrankenhaus für Alkoholranke <i>c) komplementär</i> - (<i>Wohnen</i>) - 2 Heime für Alkoholranke, 1 Verein für betreutes Wohnen, 2 Unterkünfte der städtischen Nichtseßhaftenhilfe (<i>Freizeit und Kontakte</i>) - 2 Treffpunkte freier Träger
III. Die "Dunkelzone": <i>a) ambulant</i> - 272 niedergelassene Ärzte (ohne Zahnärzte), davon: 17 Neurologie/Psychiatrie, 28 Allgemeinmedizin, 80 Innere Medizin; Ärztlicher Notdienst <i>b) stationär</i> - 5 Allgemeinkrankenhäuser

Kriterium für die Aufnahme in die Voruntersuchung war eine Alkoholabhängigkeit nach *ICD-9* (Degkwitz, Helmchen, Kockott & Mombour, 1979). In der späteren Hauptuntersuchung fanden die diagnostischen Leitlinien der *ICD-10* (Dilling et al., 1991) Anwendung. Danach soll die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit nur gestellt werden, wenn irgendwann *während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien* vorhanden waren:

1. Unwiderstehbares Verlangen nach Alkohol
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Alkoholkonsums
3. Alkoholkonsum, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern, und der entsprechenden positiven Erfahrung
4. Entzugssymptome wie Übelkeit, Durchfall, Kopfschmerzen, Zittern, Schwächegefühle, Unruhe, Angst, Delir, Krampfanfälle
5. Alkoholtoleranz
6. Eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol z. B. die Tendenz, Alkohol an Werktagen wie an Wochenenden zu trinken und die Regeln eines gesellschaftlich üblichen Trinkverhaltens außer acht zu lassen
7. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums
8. Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen (körperlicher, sozialer oder psychischer Art)

8. Voruntersuchung

Aufgrund der Zielsetzung, eine Vielzahl von Institutionen zu erfassen, wurde für einen Teil der Datenerhebung von der direkten Befragung der Alkoholkranken abgesehen und die Information durch die jeweiligen Behandler präferiert. Nach Sichtung der Literatur (s. Kapi-

tel 5) wurden für eine Voruntersuchung die Bestimmungsstücke *chronischer Mehrfachschädigung Alkoholkranker* nach Inhaltsvalidität folgendermaßen in Fragen für ein Erhebungsinstrument umgesetzt:

1. Für die Abklärung einer **Alkoholabhängigkeit** (ICD-9) wurde der *MALT* in seinem Selbst- und Fremdratingteil (*MALT-S/F*) wegen seiner guten empirischen Bewährung ausgewählt.
2. Der Bestandteil **Chronifizierung** wurde vor allem in Form von Hospitalisierungsmerkmalen definiert. In Diskussion mit den langjährig tätigen Suchtexperten der Projektgruppe wurde die Anzahl von *mindestens 10 bisherigen Entgiftungsbehandlungen* als relevantes Item aufgenommen. Auf Angaben über die *Dauer des Bestehens der Abhängigkeit* wurde aufgrund von methodischen Einwänden in Form verzerrender Erinnerungseffekte verzichtet. Wiederholte Hospitalisierungen wurden durch den *kumulierte Aufenthalt von über 1 Jahr in einem Psychiatrischen Krankenhaus* formuliert. Als weitere Merkmale von Chronifizierung wurden *Einweisung per richterlichem Beschluß*, *Heimunterbringung* und das *Bestehen einer Pflegschaft* als Fragen formuliert.
3. Für die Feststellung einer **Mehrfachschädigung** wurden soziale Merkmale wie *Partner-, Arbeits-, Wohnungslosigkeit, Bezug von Sozialhilfe* und *Erwerbsunfähigkeitsrente* sowie das Bestehen einer *Vorstrafe* in Zusammenhang mit Alkoholmißbrauch als Items erstellt. Auf eine Frage zu *Schulden* wurde nach telefonischer Rücksprache mit Herrn Simon vom Institut für Therapieforschung, München (IFT), verzichtet, da sich dies in anvisierten Setting nur sehr ungenau erheben ließe. Auf die Berücksichtigung psychischer Beeinträchtigungen wie *Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Wesensänderungen, psychomotorische Leistungseinbußen, Depression, Angsterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen* wurde auf Kosten der Vollständigkeit verzichtet, da die Befunderstellung dieser Alkoholfolgeschäden nur mit relativ hohem testpsychologischen/diagnostischem Aufwand festgestellt werden können, der nur in den wenigsten Institutionen routinemäßig für Alkoholkranken betrieben wird. Von den körperlichen Folgeschäden wurden vor allem stark verbreitete wie *chronische Lebererkrankungen, chronische Gastritis* und *Ulcera* ausgewählt. Auf weniger häufige alkoholbedingte Karzinome wurde verzichtet. Von den neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen wurden die *chronischen Alkoholpsychosen* (alkoholisches Korsakow-Syndrom, andere Alkoholdeemenz, Alkoholhalluzinose, alkoholischer Eifersuchtswahn, nicht näher bezeichnete Alkoholpsychose), ein *ausgeprägtes Delir, Gleichgewichts- und Gangstörungen* und *Entzugskrämpfe* wegen der Schwere der Symptomatik als Fragen formuliert.

Das Ergebnis dieser Zusammenstellung war ein Fragebogen mit 17 Items in Form eines Fremdratings (s. Anhang C). Dieser *Merkmalsbogen* thematisierte aus erhebungspraktischen Gründen vor allem die Aspekte sozialer und körperlicher Mehrfachschädigung sowie die Chronifizierung in Form der Behandlungsvorgeschichte. Die folgende Aufstellung skizziert die vier Fragenbereiche des Merkmalsbogens:

- SOZIALE SITUATION (Items 1 - 5)
Darin wurde nach aktueller *Wohnungslosigkeit*, *Langzeitarbeitslosigkeit*, *Partnerlosigkeit*, Bezug von *Sozialhilfe* und von *Erwerbsunfähigkeitsrente* gefragt.
- BEHANDLUNGSVORGESCHICHTE (Items 6 - 11)
Hier wurde gefragt, ob für die Betroffenen aktuell oder früher eine *gesetzliche Betreuung* bestand, ob *Vorstrafen* bekannt waren, ob er *bisher mehr als 10 Entgiftungsbehandlungen* erlebt hatte, ob er *bisher insgesamt mehr als 52 Wochen im Krankenhaus* war, bereits eine *Heimunterbringung* bestand und ob es schon einmal zu einer *Zwangseinweisung* kam.
- PSYCHIATRISCH-NEUROLOGISCHER BEFUND (Items 12 - 15)
Diese Items thematisierten - aktuell oder anamnestisch - das Vorhandensein einer *Alkoholpsychose*, eines *Delirs*, von *Gangstörungen* oder *Entzugskrämpfen*.
- SOMATISCHER BEFUND (Items 16 - 17)
Die Items 16 bis 17 fragten aktuell oder anamnestisch nach *Lebererkrankungen* und *Gastritis*.

Die 17 Fragen des *Merkmalsbogens* und der *MALT-F* wurden in einer Probeerhebung im November 1992 von den Stationsärzten der Suchtabteilung der Psychiatrischen Klinik GLEAD IV für 103 aktuell behandelte Alkoholranke mit den Antwortkategorien JA/NEIN ausgefüllt. Eine Zusatzfrage zur klinischen Einschätzung der *chronischen Mehrfachschädigung* des jeweiligen Alkoholabhängigen wurde der Oberärztin der Abteilung in Unkenntnis der Fragebogeneinschätzung vorgelegt. Parallel dazu wurden die 103 Alkoholpatienten um das Ausfüllen des MALT-S gebeten.

Von den 82 Männern (79,6%) und 21 Frauen (20,4%) erklärten sich 85 zum Ausfüllen des *MALT-S* bereit. Sie wiesen einen durchschnittlichen *MALT-Summenscore* (*MALT-S plus MALT-F*) von $\bar{x} = 31,5$ Punkten ($SD = 7,3$) auf. Nur ein Patient unterschritt mit 10 Punkten den Trennwert von ≥ 11 für Alkoholabhängigkeit. Die Daten dieser Voruntersuchung werden nicht weiter ausgeführt. Sie dienten als Vorlauf und Medium zur inhaltlichen Diskussion (s. nächsten Absatz). In der nachfolgenden Konstruktion des Instrumentes fanden sie keine weitere Berücksichtigung.

Die Häufigkeitsverteilungen und Formulierungen der einzelnen Items wurden im Anschluß an die Voruntersuchung von den Suchtexperten verschiedenen Suchtbehandlungsinstitutionen hinsichtlich der Definition *CMA* und der Durchführbarkeit des Ratingverfahrens durch verschiedene Berufsgruppen diskutiert. Das Item *Vorstrafen* wurde z. B. auf den Einwand der Vorsitzenden der Ärztekammer gestrichen, weil nach ihrer Einschätzung eine Frage nach Kriminalität im niedergelassenen Bereich die Arzt-Patient-Beziehung erheblich belastete und schlecht eruierbar sei. Die separate Frage nach dem *Bezug einer Erwerbsunfähigkeitsrente* wurde wegen geringer Häufigkeit gestrichen. Der Schwellenwert von 10 und

mehr Entgiftungsbehandlungen in der Vorgeschichte wurde mit dem Einwand als zu hoch für eine realitätsgetreue Erhebung (Gedächtnisverzerrungen) auf 6 reduziert. Das Item *kumulierte Behandlungsdauer in psychiatrischen Krankenhäusern länger als 52 Wochen* wurde auf Einwand eines Beratungsstellenmitarbeiters durch die Frage nach *mindestens 1 Entwöhnungsbehandlung (Therapieabbrüche eingeschlossen)* ersetzt. Weiterhin wurden einige Ergänzungen (*Suizidversuch, schwere Unfallverletzungen [alkoholbedingt]*) und Präzisierungen von Fragen vorgenommen. Zudem wurde den Antwortkategorien JA/NEIN eine dritte UNBEKANNT hinzugefügt.

Das Ergebnis war der Revision des *Merkmalsbogens* mit folgenden Fragen (s. Anhang D):

- **SOZIALE SITUATION (Items 1 - 5)**
Darin wird nach aktueller *Partnerlosigkeit, Sozialhilfebezug, Langzeitarbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit* und früherem oder aktuellem *Führerscheinverlust* gefragt.
- **BEHANDLUNGSVORGESCHICHTE (Items 6 - 10)**
Hier wird gefragt, ob der Betroffene *bisher mehr als 6 Entgiftungsbehandlungen* erlebt hat, ob bereits *eine oder mehr Entwöhnungsbehandlungen* unternommen wurden, ob es aktuell oder früher zu einer *Zwangseinweisung* kam, ob schon einmal eine gesetzliche Betreuung oder eine *Heimunterbringung* bestand.
- **PSYCHIATRISCH-NEUROLOGISCHER BEFUND (Items 11 - 15)**
Diese Items thematisieren - aktuell oder anamnestisch - das Vorhandensein eines *Delirs*, von *Entzugskrämpfen*, einer *Korsakowpsychose*, einer *Polyneuropathie* und eines *Suizidversuchs*
- **SOMATISCHER BEFUND (Items 16 - 19)**
Die Items 16 bis 19 fragen aktuell oder anamnestisch nach *Leberzirrhose, Magencancer, chronischer Pankreatitis* und *Unfallverletzungen*.

Zusätzlich zu den Ratings der Alkoholkranken sollte jeder Behandler nach Ausfüllen des Merkmalsbogens seine klinische Einschätzung der *chronischen Mehrfachschiädigung* des jeweiligen Patienten abgeben (Item 20). Hinsichtlich der Abhängigkeitsdiagnose wurde die Verwendung des *MALT* - insbesondere die Applikation des Selbstratingteils - als zu aufwendig erachtet und eine Beurteilung der Alkoholabhängigkeit gemäß den Kriterien des *ICD-10* durch den Behandler vorgeschlagen.

9. Untersuchungsdurchführung

Zwischen März und Oktober 1993 konnte der *Merkmalsbogen* im Rahmen des o. g. Projektes in neun Bielefelder Suchteinrichtungen eingesetzt werden. Nach Projektende konnten fünf weitere Einrichtungen - das PLK Merxhausen, die Beratungsstellen des Diakonischen Werks in Bochum, der Verein Lebensräume in Bielefeld und die Fachabteilung Bad Rehburg - für die Datenerhebung gewonnen werden. Auf diese Weise kamen zwischen dem 1. März 1993 und dem 2. Oktober 1995 insgesamt 713 *Merkmalsbögen* zustande. Tabelle 10

führt die Namen der Einrichtungen, die Erhebungszeiträume und die Anzahl der erhobenen Alkoholkranken auf. Die Probandenauswahl oblag den Stationsärzten bzw. Heim-/Beratungsstellenleitern der verschiedenen Einrichtungen.

Tabelle 10: Beteiligte Institutionen, Erhebungszeiträume und Stichproben der Untersuchung

Name der Institution	Erhebung	Alkoholranke lt. ICD-10	n
Sozialpsychiatrischer Dienst Bielefeld	01.03.-31.03.1993	alkoholranke Ratsuchende	135
Innere Abt., Allgemeinkrankenhauses MARA II (vBAB)	01.03.-31.05.1993	Bestand und Neuaufnahmen	48
Innere Abt., Städt. Krankenanstalten Rosenhöhe, Bielefeld	01.05.-31.05.1993	Neuaufnahmen	15
Fachklinik Hellweg, Oerlinghausen	01.09.-30.09.1993	Bestand/Neuaufnahmen d. Bielefelder	18
Fachkrankenhaus Fichtenhof, Bielefeld	01.10.1993	Bestand am Stichtag	21
Friedrichshütte, Heim f. CMA, Bielefeld (vBAB)	01.10.1993	Bestand am Stichtag	32
Mühlgrund, Heim f. CMA, Bielefeld (vBAB)	01.10.1993	Bestand am Stichtag	20
Suchtabt., Psychiatrische Klinik GILEAD IV (vBAB)	20.09.-20.10.1993	Bestand und Neuaufnahmen	109
Suchtberatung des Sozialdienst (vBAB)	01.10.-31.10.1993	alkoholranke Ratsuchende	34
Männerberatungsstelle, Diakonisches Werk Bochum	18.11.-18.12.1993	alkoholranke Ratsuchende	25
Suchtberatungsstelle, Diakonisches Werk Bochum	18.11.-18.12.1993	alkoholranke Ratsuchende	56
Betreuungsverein, Diakonisches Werk Bochum	18.11.-18.12.1993	alkoholranke Ratsuchende	8
Verein Lebensräume, Bielefeld	01.01.-31.12.1993	Alkoholranke in Vereinsbetreuung	39
ohne Institutionsangabe			3
Suchtabt., Psychiatrisches Krankenhaus Merxhausen	22.11.-22.12.1993	Bestand und Neuaufnahmen	52
Fachabteilung Bad Rehburg (NLK Wunstorf)	29.09.-02.10.1995	alkoholranke Patienten	98
Gesamtzahl der Merkmalsbögen			713

Von den insgesamt 713 Merkmalsbögen wurden 563 als Konstruktionsstichprobe für die Itemanalyse und die 150 Merkmalsbögen aus Merxhausen und Bad Rehburg für die Kreuzvalidierung verwendet.

Anonymisierung

Zur Bestimmung der Behandlungsprävalenz CMA war eine Unterscheidung zwischen Behandlungsepisoden und Behandlungsfällen bei den Erhebungen in den verschiedenen Einrichtungen notwendig. Im kommunalen Versorgungssystem doppelt Behandelte mußten auf der einen Seite erkennbar werden, ohne daß andererseits die Anonymisierung aufgehoben und damit der Schutz personenbezogener Daten verletzt wurde. Für dieses Problem wurde - in Anlehnung an ein Verfahren des damaligen Bundesgesundheitsamtes im AIDS-Fallregister - von den Ratern eine Kodierung erbeten, die den dritten Buchstaben aus Vor- und Nachnamen sowie deren jeweiligen Buchstabenanzahl beinhaltete. Ein Patient mit dem Namen **Heinz Schmidt** z. B. wurde mit dem alphanumerischen Code **I5H7**, plus den letzten beiden Ziffern seines Geburtsjahres (19) **48** und einer Zahl für sein Geschlecht (**1** "männlich", **2** "weiblich") verschlüsselt (**I5H7 48 1**). Der Autor erhielt dadurch keine personenbezogenen Angaben aus den Institutionen und konnte trotzdem Doppelratings erkennen.

9.1 Datenaufbereitung der Konstruktionsstichprobe

Die 563 *Merkmalsbögen* für die Konstruktionsstichprobe wurden in vier Schritten für die Datenanalyse aufbereitet.

1. Als erstes wurden von den 44 mehrmals gerateten Patienten (2 - 4 Episoden) nur der zweiterhobene Merkmalsbogen für die weitere Auswertung ausgewählt. Damit sollten Verzerrungen durch mögliche negative Veränderungen im Laufe der Behandlungskarriere vermieden werden. Die übrigen 50 *Merkmalsbögen* dieser Patienten wurden für die weitere Analyse nicht berücksichtigt (Tabelle 11). Nach diesem Ausschluß von Doppelratings blieben insgesamt 513 *Merkmalsbögen* übrig.

Tabelle 11: Reduktion von 563 erhobenen Merkmalsbögen um 50 Mehrfachratings

Anzahl der Ratings	Episoden	Patienten	Ausschluß
4	4	1	3
12	3	4	8
78	2	39	39
469	1	469	0
Σ 563		513	50

2. Bei 15 *Merkmalsbögen* fehlten in 10 und mehr Items gültige Antworten (missing values > 50%). Sie wurden daher von der weiteren Datenanalyse ausgeschlossen (Tabelle 12). In den übrigen 498 *Merkmalsbögen* wurden fehlende Antworten durch den Mittelwerte der gültigen Items des jeweiligen *Merkmalsbogens* ersetzt.

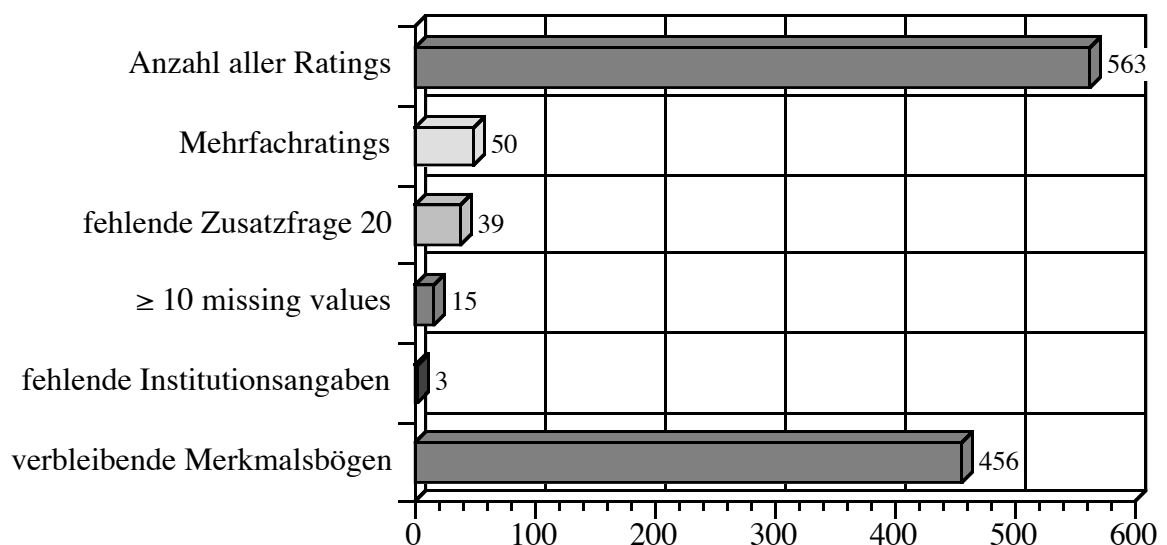
Tabelle 12: Häufigkeitsverteilung fehlender Daten und Ausschluß weiterer 15 Merkmalsbögen aufgrund fehlender Angaben

fehlende Antworten	Häufigkeiten	Prozent	Kumulierte Prozent
0	233	45,4	45,4
1	74	14,4	59,8
2	49	9,6	69,4
3	34	6,6	76,0
4	22	4,3	80,3
5	30	5,8	86,2
6	27	5,3	91,4
7	11	2,1	95,0
8	11	2,1	95,7
9	7	1,4	97,1
10	7*	1,4	98,4
11	2*	0,4	98,8
12	1*	0,2	99,0
14	1*	0,2	99,2
15	1*	0,2	99,4
16	1*	0,2	99,6
17	1*	0,2	99,8
19	1*	0,2	100,0
Total	513	100,0	100,0

Anmerkung: * von weiterer Datenanalyse ausgeschlossen

3. Da das Item 20 ("*Chronisch mehrfach geschädigt? JA/NEIN/UNBEKANNT*") eine wesentliche Variable für die spätere Extremgruppeneinteilung bildete, mußten von den verbleibenden 498 Datensätzen weitere 39 ausgeschlossen werden, in denen diese Frage unbeantwortet geblieben war (Abbildung 7).
4. Bei drei weiteren Fragebögen fehlte die Angabe zur erhebenden Institution. Da die Institutionsangaben ebenfalls substantiell für die spätere Gruppenzuordnung waren, reduzierte dies den Datenbestand auf 456 *Merkmalsbögen* (Abbildung 7). D. h., daß von den ursprünglich 513 Patienten der Konstruktionsstichprobe die Daten von 88,9% für die weitere Auswertung zur Verfügung standen.

Abbildung 7: Ausschluß von 107 Merkmalsbögen aufgrund fehlender Angaben oder Mehrfachratings



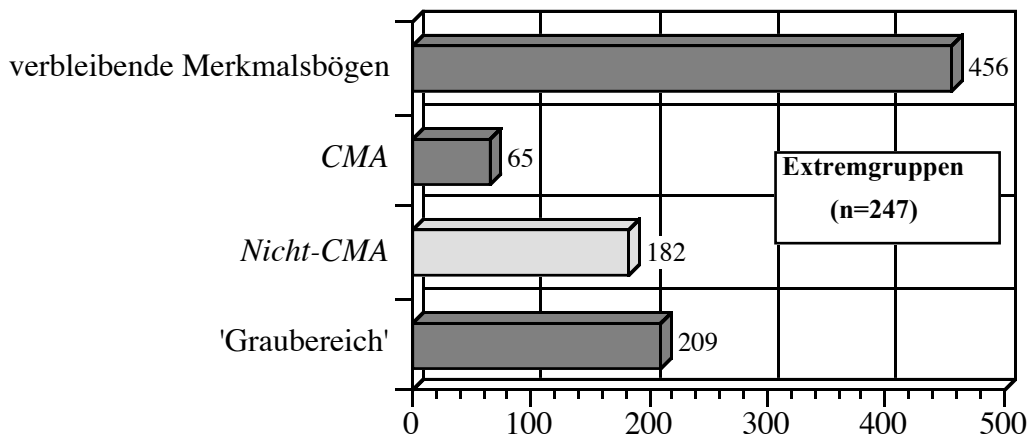
Extremgruppenbildung

Aus den verbleibenden 456 Fragebögen wurden für die Itemanalyse über die Institutionszugehörigkeit und die klinische Einschätzung der Rater (*Item 20*) zwei Extremgruppen (Validitätskriterium) gebildet:

- I. Als '*gesichert chronisch mehrfach geschädigt alkoholkrank*' konnten die 65 Patienten des Sonderkrankenhauses *Fichtenhof* und der Heime *Friedrichshütte* und *Mühlgrund* betrachtet werden, da die Betreuungskonzepte dieser Einrichtungen speziell auf CMA ausgerichtet waren. Bei den langen Krankheitskarrieren dieser Alkoholkranken mit wiederholten Diagnosestellungen und der letztlichen Überweisung in diese speziellen Betreuungsangebote konnte eine chronische Mehrfachscheidung als valide angenommen werden.
- II. Die zweite Extremgruppe der '*nicht chronisch mehrfach geschädigt Alkoholkranken*' wurde über die Zusatzfrage 20 "*Chronisch mehrfach geschädigt? JA/NEIN*" gebildet. Alle Patienten (außer I), die von Ihren Behandlern trotz vorheriger Beantwortung des Merkmalsbogens als '*nicht chronisch mehrfach geschädigt*' betrachtet wurden, wurden

dieser Extremgruppe zugeordnet. Dies traf auf 182 Alkoholabhängige zu (Abbildung 8).

Abbildung 8: Extremgruppen und 'Graubereich'



Für die Itemanalyse standen daher 247 *Merkmalsbögen* - 65 von *CMA* und 182 von *Nicht-CMA* - zur Verfügung. Die restlichen 209 Merkmalsbögen ('Grauzone' - Alkoholranke aus nicht Chronikereinrichtungen, die nach klinischem Eindruck *chronisch mehrfach geschädigt* und *nicht-chronische mehrfach geschädigt* sein konnten) wurden für die Itemanalyse nicht weiter berücksichtigt. Der Vollständigkeit halber werden sie weiter unten in Auszügen dargestellt.

9.2 Datenaufbereitung der Validierungsstichproben

Die 150 Ratings aus dem PLK Merxhausen (n=52) und der Fachabteilung Bad Reburg (n=98) wurden analog zur Konstruktionsstichprobe aufbereitet. Der Ausschluß von Mehrfachratings entfiel, da beide Institutionen als einzige ihres jeweiligen Versorgungsgebietes an der Untersuchung teilnahmen. Die Möglichkeit von Doppelnennungen durch Behandler anderer Einrichtungen war dadurch kaum vorhanden. Zudem war der Anteil von missing data wesentlich geringer als in der Konstruktionsstichprobe (Tabelle 13), so daß die 150 Ratings ohne Einschränkungen für die Kreuzvalidierung zur Verfügung standen.

Tabelle 13: Häufigkeitsverteilung fehlender Daten in den beiden Stichproben der Kreuzvalidierung (N=150)

fehlende Antworten	Häufigkeiten	Prozent	Kumulierte Prozent
0	132	88,0	88,0
1	13	8,7	96,7
2	2	1,3	98,0
3	3	2,0	100,0
Total	150	100,0	100,0

Anmerkung: kein Ausschluß wegen fehlender Daten

Gruppenbildung in CMA und Nicht-CMA

Die Gruppenbildung in *CMA* und *Nicht-CMA* war in beiden Stichproben unterschiedlich. Während in Merxhausen die Oberärzte jeden der 52 Alkoholkranken nach ihrem klinischen Eindruck - ohne Kenntnis der Stationsarztratings im *Merkmalsbogen* - als *CMA* oder *Nicht-CMA* einschätzten, war in Bad Rehburg die Behandlung auf einer Station für hirnnorganisch geschädigte Alkoholranke (*CMA*) bzw. auf einer Station für Patienten mit laufendem Antrag auf eine Entwöhnungsbehandlung (*Nicht-CMA*) für das Chronikerrating entscheidend.

V. ERGEBNISSE

Im folgenden Ergebnisteil wird zunächst die Instrumentenentwicklung mit Hilfe der Konstruktionsstichprobe dargestellt. Daran anschließend folgt die Überprüfung des Instrumentes in der Kreuzvalidierung.

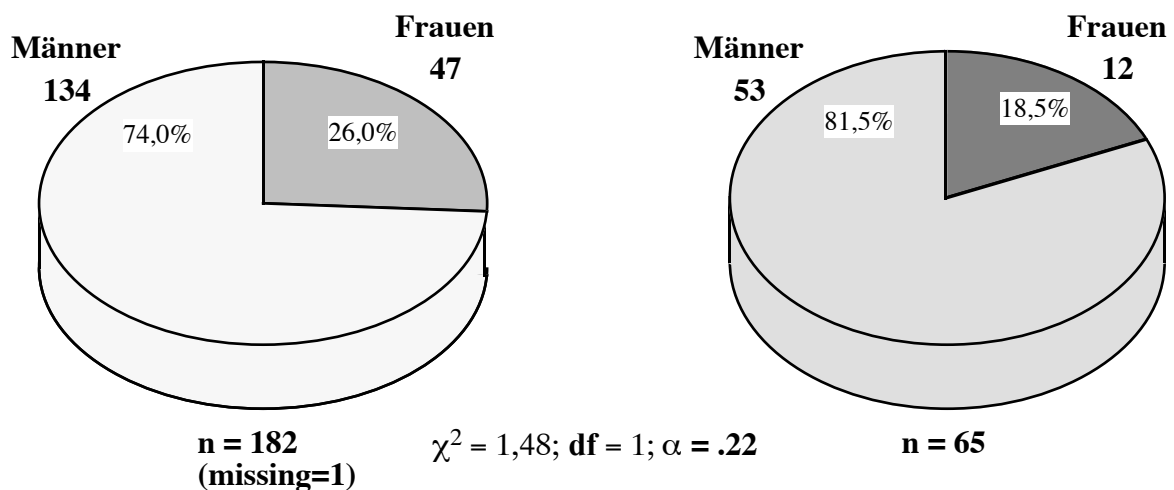
10. Instrumentenentwicklung

Dieses Kapitel beinhaltet die Beschreibung der Konstruktionsstichprobe, der Itemhäufigkeiten des Merkmalsbogens, die Itemselektion und die Bestimmung des optimalen Trennwertes.

10.1 Stichprobenbeschreibung der Konstruktionsstichprobe

Die Geschlechtsverteilungen in der beiden Gruppen sind in Abbildung 9 dargestellt.

Abbildung 9: Geschlechtsverteilung bei 182 nicht chronisch mehrfach geschädigten und 65 chronisch mehrfach geschädigten Alkoholkranken



Der Anteil an Frauen war zwar in der Gruppe der CMA mit 18,5% geringer als in der größeren *Nicht-CMA*-Gruppe (26%). Diese Unterschiede liegen aber durchaus im üblichen Schwankungsbereich. So berichten Mann, Stetter, Günthner und Buchkremer (1995) von 125 Alkoholpatienten einer Modellstation für qualifizierten Entzug an der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen einen Frauenanteil von 23,2%, Schulz und Samel (1990) fanden unter 546 alkoholkranken Patienten des NLK Königslutter einen Frauenanteil von 23,4% und Simon und Lehnitzk-Keiler (1995) geben den Frauenanteil bei 5.002 Fachklinikpatienten mit 17,6% an. Diese Häufigkeitsunterschiede in den beiden untersuchten Gruppen erwiesen sich im χ^2 -Test als nicht signifikant ($\chi^2=1,48; df = 1; \alpha=.22$).

Anders verhielt es sich beim Altersvergleich der beiden Gruppen. Die *Nicht-CMA* waren im Durchschnitt 44,0 Jahre ($SD = 11,2$) alt. Mit einem Median von 42 Jahren war die Verteilung linksschief. Im Vergleich zu anderen Untersuchungen stationär Behandelte ist dieses Durchschnittsalter leicht erhöht (Schulz & Samel [1990] $\bar{x} = 40,6 J.$; Wienberg [1993]

$\bar{x} = 40,5 \text{ J.}$; Mann et al. [1995] $\bar{x} = 41,8 \text{ J.}$; Veltrup [1995] $\bar{x} = 41,5 \text{ J.}$). Das Durchschnittsalter der CMA war mit einem Mittelwert von 51,4 Jahren ($SD = 10,2$) deutlich höher und mit einem von Median von 53 Jahren rechtsschief verteilt. Die Patienten dieser Gruppe waren damit durchschnittlich 7,4 Jahre älter als die Gruppe der *Nicht-CMA* (Tabelle 14). Die Hypothese der Varianzhomogenität beider Altersverteilungen wurde bei einem F-Wert von 1,20 beibehalten ($\alpha \leq .395$). Für die Prüfung der Mittelwertsunterschiede mittels t-Test für unabhängige Stichproben erwies sich diese Differenz mit einem $t = -4,66$ ($df = 234$; $\alpha \leq .001$) als höchst signifikant.

Tabelle 14: Altersverteilungen von *Nicht-CMA* und *CMA* der Konstruktionsstichprobe

<i>nicht-chronisch mehrfach geschädigt</i>		<i>chronisch mehrfach geschädigt</i>	
Mittelwert	44,0	Mittelwert	51,4
Median	42,0	Median	53,0
Standardabweichung	11,2	Standardabweichung	10,2
Minimum	21	Minimum	29
Maximum	72	Maximum	74
Gültige Fälle	171	Gültige Fälle	65
Fehlende Fälle	11	Fehlende Fälle	0
t-test: $t = -4,66$, $df = 234$; $\alpha \leq .001$; $F = 1,20$; $\alpha = .395$			

Das signifikant höhere Durchschnittsalter stützt die Vermutung, daß die Personen der CMA-Gruppe im Abhängigkeitsprozeß fortgeschrittener sind oder die Einweisungswahrscheinlichkeit für ältere Abhängige in eine Chronikereinrichtung höher ist. Schulz und Weiß-Lehnhardt (1989) fanden bei der Untersuchung von 546 Patienten einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen Lebensalter und der Zahl der (internistischen, neurologischen und psychiatrischen) Suchtfolgeerkrankungen von $r = .30$ ($\alpha < .001$).

Neben dem Altersvergleich der beiden Gruppen waren die Altersunterschiede zwischen Männern und Frauen innerhalb der Gruppen von Interesse. Die Parameter bei den *Nicht-CMA* sind in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Altersverteilungen der *Nicht-CMA* nach Männern und Frauen getrennt

<i>Männer</i>		<i>Frauen</i>	
Mittelwert	44,0	Mittelwert	44,1
Median	42,0	Median	42,0
Standardabweichung	10,6	Standardabweichung	12,9
Minimum	21	Minimum	24
Maximum	69	Maximum	72
Gültige Fälle	129	Gültige Fälle	42
Fehlende Fälle	5	Fehlende Fälle	5
t-test: $t = -0,09$; $df = 169$; $\alpha = .931$; $F = 1,47$; $\alpha = .111$			

Die Mittelwertsdifferenz (0,17 Jahre) ergab keinen inhaltlich sinnvoll interpretierbaren Altersunterschied zwischen den Männern ($\bar{x} = 44,0 \text{ J.}$) und Frauen ($\bar{x} = 44,1 \text{ J.}$) dieser relativ großen Gruppe. Dies zeigte sich auch im t-Test ($t = -,09$; $df = 169$; $\alpha = ,93$). Die Hypothese der Varianzhomogenität konnte nicht zurückgewiesen werden ($F = 1,47$; $\alpha = ,111$). Der Gesamtmittelwert von 44,0 Jahren gibt daher die Altersverteilung dieser Gruppe recht gut wieder.

Innerhalb der Gruppe der CMA stellte sich die Altersverteilung anders dar. Die *chronisch mehrfach geschädigten Männer* sind im Schnitt 52,4 Jahre ($SD = 9,8$) alt. Die Frauen dieser Gruppe sind mit 47,3 Jahren ($SD = 11,4$) durchschnittlich 5,1 jünger als ihre männlichen Mitpatienten (Tabelle 16).

Tabelle 16: Altersverteilungen der CMA nach Männern und Frauen getrennt

Männer		Frauen	
Mittelwert	52,4	Mittelwert	47,3
Median	54,0	Median	47,5
Standardabweichung	9,8	Standardabweichung	11,4
Minimum	31	Minimum	29
Maximum	74	Maximum	63
Gültige Fälle	53	Gültige Fälle	12
Fehlende Fälle	0	Fehlende Fälle	0
t-test: $t = 1,56$; $df = 63$; $\alpha = ,124$; $F = 1,38$; $\alpha = ,425$			

Dieser Altersunterschied erweist sich in einem t-Test für unabhängige Stichproben zwar nicht als signifikant ($t = 1,56$; $df = 63$; $\alpha = ,12$). In der Tendenz könnte er aber darauf hinweisen, daß der Abhängigkeitsprozeß geschlechtsspezifisch unterschiedlich verläuft und bei Frauen zu einer rascheren Verschlechterung führt. Die Hypothese der Varianzhomogenität beider Altersverteilungen konnte nicht verworfen werden ($F = 1,38$; $\alpha = ,425$).

10.2 Häufigkeitsverteilung der Fragebogenitems

Von den 19 Items wurden für alle 247 Alkoholranke die Items 1 (*alleinstehend*), 3 (*langzeitarbeitslos*), 5 (*Führerscheinverlust*) und 7 (*mindestens 1 Entwöhnung*) am häufigsten mit JA beantwortet (Tabelle 17). Bezogen auf die Zahl aller gültigen Fälle sind 68,2% *alleinstehend*, 35,3% *langzeitarbeitslos*, 35,8% haben den *Führerschein verloren* (bei einem sehr hohen Anteil fehlender Antworten) und 47,1% *mindestens 1 Entwöhnung* hinter sich (Abbildung 10). Die Items 13 (*Korsakowpsychose*) und 16 (*Leberzirrhose*) werden für weniger als 10% der Betroffenen bejaht.

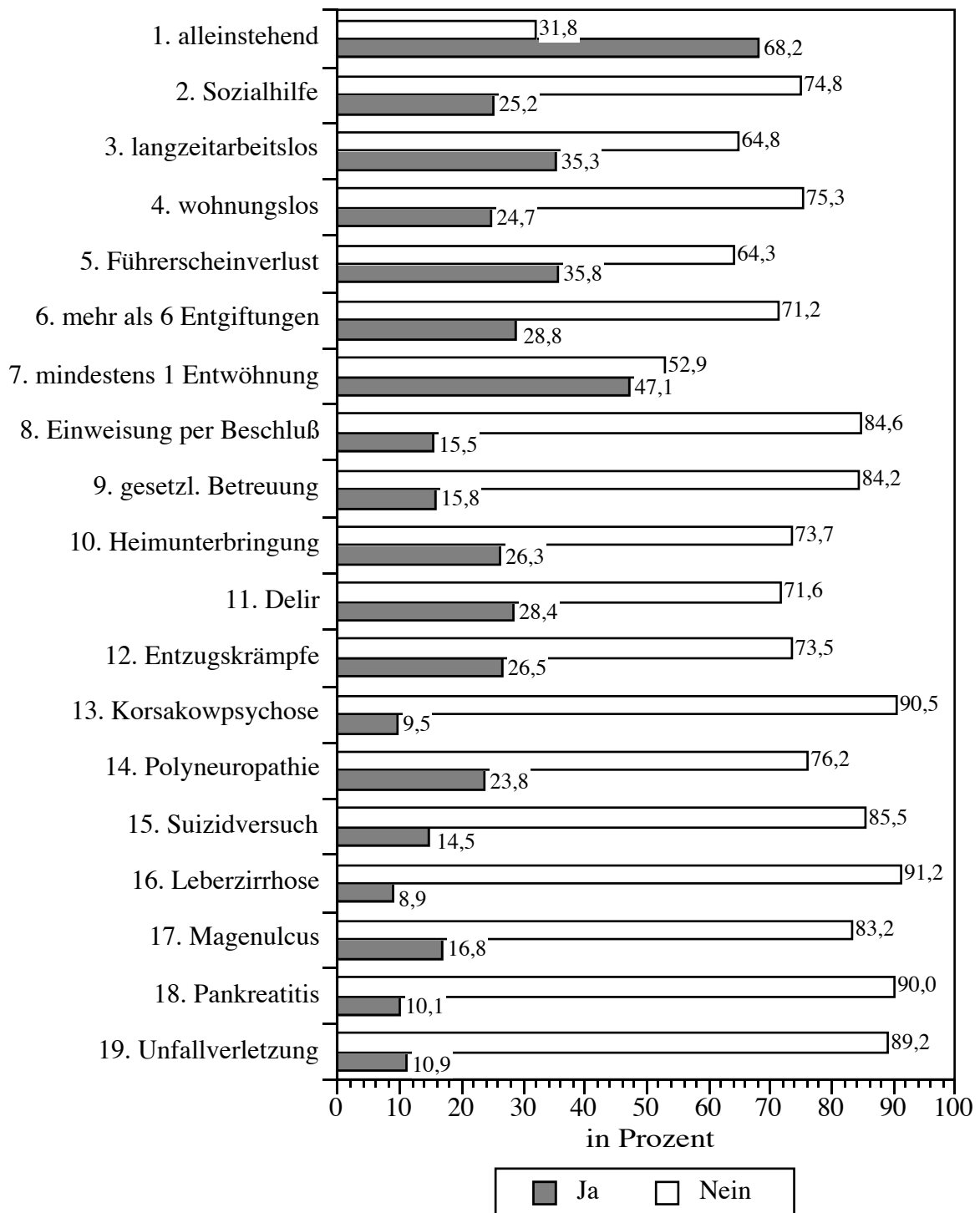
Auffallend ist der Anteil von missing data (Tabelle 17) bei den Items zu *Führerscheinverlust*, *Suizidversuchen*, *Magenulcus*, *Pankreatitis* und *Unfallverletzung*. Von den 40 missing data beim *Führerscheinverlust* (5) entfallen nur vier auf die CMA-Gruppe - ein Umstand, der mit einem grundsätzlich geringeren Führerscheinbesitz in dieser Patientengruppe zu tun

haben könnte oder mit einer längeren Aufenthaltsdauern in den Chronikereinrichtungen, was einen genaueren Kenntnisstand der Betreuer mit sich bringen dürfte. Item 15 (*Suizidversuch*) scheint in beiden Gruppen gleich schwer eruierbar zu sein. Von den 33 fehlenden Angaben entfallen acht auf *CMA* und 25 *Nicht-CMA*. *Magenulcera* (17) und *Pankreatitiden* (18) werden vor allem bei den *Nicht-CMA* übersehen bzw. es besteht keine Information darüber (32/33 bzw. 37/38 missing data). Von den 35 missing data zu *Unfällen* (19) fehlen fünf bei den *CMA* und 30 bei den *Nicht-CMA*.

Tabelle 17: Absolute Häufigkeiten der Antworten im Merkmalsbogen bei den 247 Alkoholkranken der beiden Extremgruppen

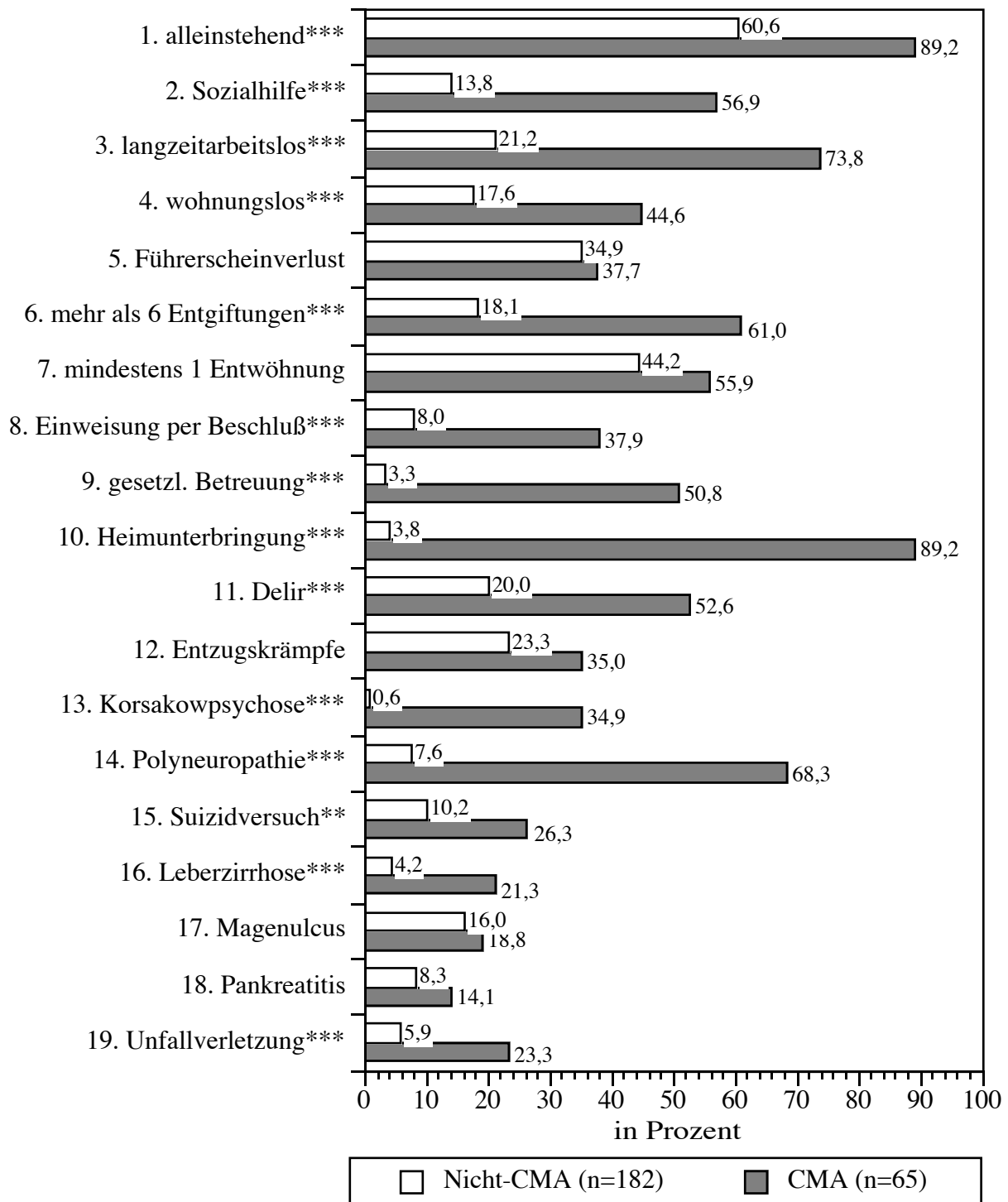
Items	Ja-Antworten	Nein-Antworten	missing
1. alleinstehend	167	78	2
2. Sozialhilfe	62	184	1
3. langzeitarbeitslos	86	158	3
4. wohnungslos	61	186	0
5. Führerscheinverlust	74	133	40
6. mehr als 6 Entgiftungen	68	168	11
7. mindestens 1 Entwöhnung	113	127	7
8. Einweisung per Beschluß	36	197	14
9. gesetzl. Betreuung	39	208	0
10. Heimunterbringung	65	182	0
11. Delir	63	159	25
12. Entzugskrämpfe	59	164	24
13. Korsakowpsychose	23	218	6
14. Polyneuropathie	56	179	12
15. Suizidversuch	31	183	33
16. Leberzirrhose	20	206	21
17. Magenulcus	36	178	33
18. Pankreatitis	21	188	38
19. Unfallverletzung	23	189	35

Abbildung 10: Relative Häufigkeiten der Antworten im Merkmalsbogen bei 247 Alkoholkranken der beiden Extremgruppen



Berechnet man die Häufigkeiten der JA-Antworten getrennt nach Gruppenzugehörigkeit, ergeben sich erste Hinweise auf die Items, in denen sich beide Extremgruppen unterscheiden (Abbildung 11). Bis auf die Items 5, 7, 12, 17 und 18 erweisen sich - unter Ausschluß der missing data - die χ^2 -Tests auf 1%-, bei den meisten Fragen sogar auf 1%-Niveau signifikant. Die starke Diskrepanz der beiden Gruppen in Item 10 *Heimunterbringung* erklärt sich aus der Extremgruppenbildung.

Abbildung 11: Relative Häufigkeiten der Ja-Antworten in den beiden Extremgruppen (n=247)



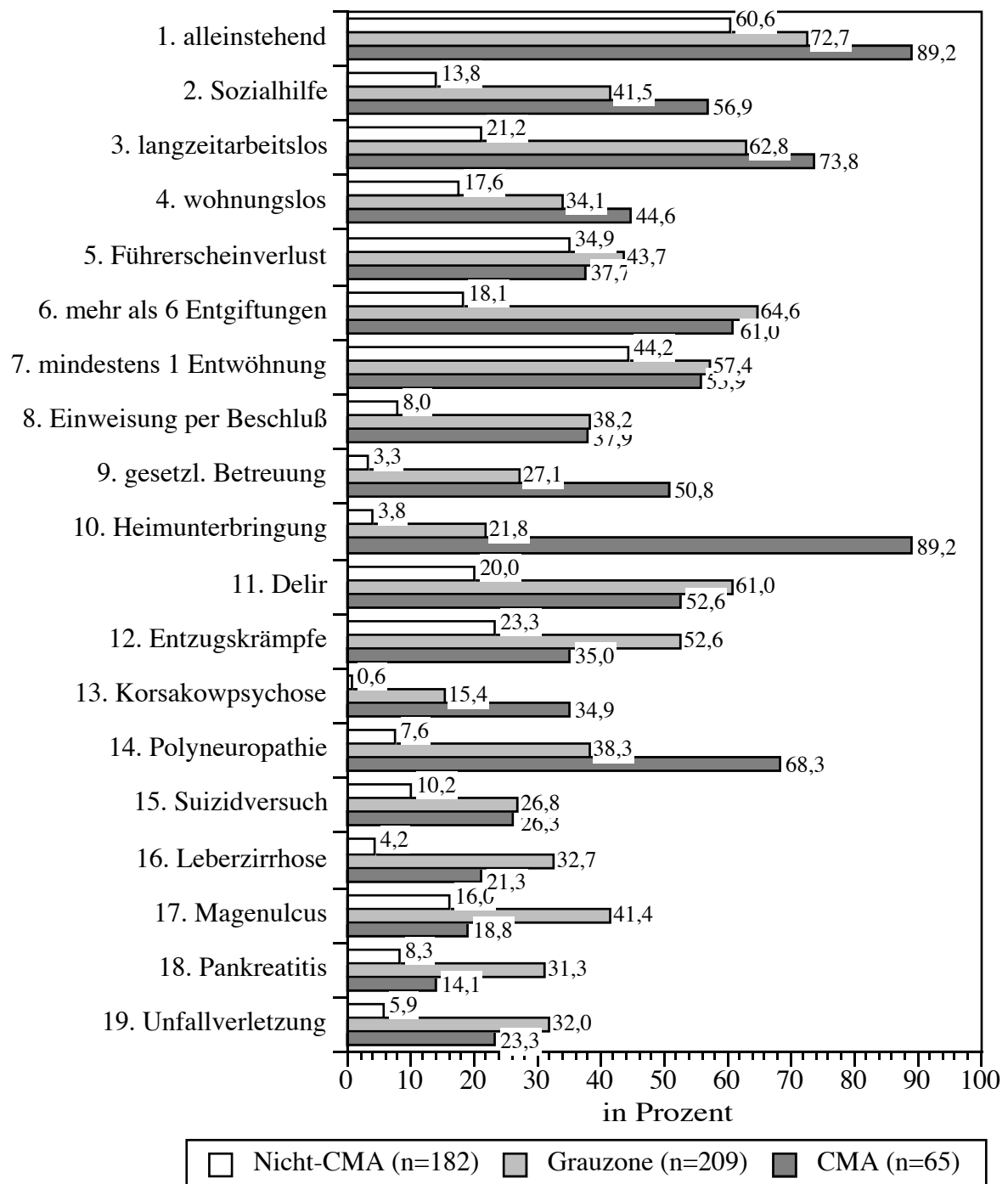
** sehr signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .01$) im χ^2 -Test

*** höchst signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .001$) im χ^2 -Test

Als Gegenüberstellung zu den beiden Extremgruppen soll auch die Häufigkeitsverteilung der JA-Antworten für die Alkoholkranken der 'Grauzone' aufgeführt werden. Diese Gruppe umfaßte Alkoholranke, die nach klinischer Einschätzung ihrer Behandler CMA waren,

aber nicht in Heimen für CMA behandelt wurden. Aus Abbildung 12 wird ersichtlich, daß auch unter diesen Alkoholkranken soziale, psychisch/psychiatrische und somatische Beeinträchtigungen in erheblichem Umfang anzutreffen waren. Bezogen auf die Zahl der gültigen Fälle sind 72,7% von ihnen *alleinstehend*, 62,8% *langzeitarbeitslos*, 64,6% haben *mehr als 6 Entgiftungen*, 57,4% *mindestens eine Entwöhnung* hinter sich, 61% bereits ein *Delir* und 52,6% schon einmal *Entzugskrämpfe* erlebt. In acht der 19 Items weisen die Häufigkeiten dieser Gruppe eine Mittelposition zwischen den beiden Extremgruppen auf.

Abbildung 12: Relative Häufigkeiten der Ja-Antworten in den beiden Extremgruppen und der Grauzone (n=456)



10.3 Itemanalyse

Zur Bestimmung der Itemschwierigkeiten, Trennschärfe- und Validitätskoeffizienten des *Merkmalsbogens* wurden die zuvor genannten 247 Ratings der beiden Extremgruppen verwendet. Der *Schwierigkeitsindex* wurde nach der Formel

$$P = 100 \frac{N_j}{N_B} \text{ berechnet,}$$

wobei N_j = Anzahl der JA-Antworten und N_B = Anzahl der gültigen Antworten ist. Lienert (1989) empfiehlt die gültigen Antworten als Basis ("Inanspruchnahme-Korrektur"), um eine Überschätzung der Itemschwierigkeit zu vermeiden. Die Schwierigkeitsindizes variieren zwischen dem sehr 'schwierigen' Item 16 (*Leberzirrhose*) mit 8,8% JA-Antworten und dem relativ 'leichten' Item 1 (*alleinstehend*) mit 68,2% JA-Antworten. Die Werte der anderen Items sind in Tabelle 18 wiedergegeben.

Tabelle 18: Itemcharakteristika bei 247 Alkoholkranken der beiden Extremgruppen

	<i>Schwierigkeitsindex P</i>	<i>Trennschärfe- koeffizient r_{pbis}</i>	<i>Validitäts- koeffizient ϕ</i>			
1. alleinstehend	68,2% (167/245)	.41	.27***			
2. Sozialhilfe	25,2% (62/246)	.59	.44***			
3. langzeitarbeitslos	35,2% (86/244)	.63	.49***			
4. wohnungslos	24,7% (61/247)	.49	.28***			
5. Führerscheinverlust ⊗	35,7% (74/207)	.23	.03			
6. > 6 Entgiftungen	28,8% (68/236)	.68	.41***			
7. mind. 1 Entwöhnung ⊗	47,1% (113/240)	.33	.10			
8. Einweisung per Beschluß	15,5% (36/233)	.48	.36***			
9. gesetzl. Betreuung	15,8% (39/247)	.54	.57***			
10. Heimunterbringung	26,3% (65/247)	.62	.85***			
11. Delir	28,4% (63/222)	.50	.32***			
12. Entzugskrämpfe ⊗	26,5% (59/223)	.36	.12			
13. Korsakowpsychose	9,5% (23/241)	.52	.51***			
14. Polyneuropathie	23,8% (56/235)	.59	.63***			
15. Suizidversuch ⊗	14,5% (31/214)	.28	.20**			
16. Leberzirrhose ⊗	8,8% (20/226)	.43	.27***			
17. Magenulcus ⊗	16,8% (36/214)	.23	.03			
18. Pankreatitis ⊗	10,0% (21/209)	.25	.09			
19. Unfallverletzung ⊗	10,8% (23/212)	.33	.25***			
<i>Auswahlkriterien</i>	$\geq .20$ $< .20$	und und	$\geq .40$ $\geq .40$	oder und	$\geq .35$ $\geq .35$	oder

Anmerkungen: ** sehr signifikante Φ -Werte ($\alpha \leq .01$); *** höchst signifikante Φ -Werte ($\alpha \leq .001$); ⊗ ausgeschlossene Items

Die durchschnittliche Schwierigkeit von $\bar{P} = 24,8\%$ deutet an, daß die Itemschwierigkeiten nicht gleichmäßig und hyperbolisch im Mittelbereich von 20 bis 80% verteilt sind, sondern ein Großteil der Fragen 'schwierig' ist und vom Idealfall ($\bar{P} = 50\%$) stark abweicht. Bei seiner Faktorenanalyse von Items zu den Sekundärmerkmalen des Alkoholkonsums fanden John et al. (1992b) für den Faktor PSYCHIATRISCHE KONSEQUENZEN (optische, akustische, kinästhetische Halluzinationen) ebenfalls nur niedrige Schwierigkeiten von 10 bis 20%, für den Faktor RECHTLICHE KONSEQUENZEN (Schlägerei, Haft wegen Trunkenheit, Trunkenheit am Steuer) Werte zwischen 22 und 33%.

Für die Bestimmung der Trennschärfekoeffizienten wurde durch Addition der JA-Antworten für jeden *Merkmalsbogen* ein Rohwert (Summenscore) ermittelt. Anschließend wurden die punktbiserialen Korrelationskoeffizienten für die Trennschärfe nach der Formel

$$r_{it}^{pbis} = \frac{\bar{X}_j - \bar{X}}{s_x} \sqrt{\frac{p}{q}} \text{ errechnet}$$

(wobei \bar{X} =Mittelwerte aller Rohwerte eines Items, \bar{X}_j =Mittelwert der Rohwerte von denjenigen Pbn, die das Item mit JA beantwortet hatten, s_x =Standardabweichung der Rohwerte aller Pbn, N = Anzahl aller Pbn und N_j = Anzahl der JA-Antworten entsprach). Die 19 Trennschärfekoeffizienten variieren von $r_{it}^{pbis} = .23$ bei Item 17 (*Magenulcus*) bis zu $r_{it}^{pbis} = .68$ bei Item 6 (*sechs Entgiftungen und mehr*) und liegen mit einem $\bar{r}_{it}^{pbis} = .45$ im mittleren Bereich (Tabelle 18).

Da sowohl das Validitätskriterium (Zugehörigkeit zu einer der beiden Extremgruppen) als auch die Itemantworten nominal skaliert waren, wurde für alle 19 Items eine Kreuztabellierung mit der Gruppenzugehörigkeit aufgestellt. Als Korrelationsmaß wurde für jede Vierfeldertafel der Phi-Koeffizient berechnet

$$\Phi = \frac{ad - bc}{\sqrt{(a+b)(c+d)(a+c)(b+d)}} \text{ (s. Tabelle 18).}$$

Wie bereits in Abbildung 7 beschrieben, ergab die Prüfung der Unterschiedshypothese mittels χ^2 -Tests sehr bis hochsignifikante Ergebnisse. Da die Berechnung von Phi auf χ^2 -basiert, ergaben sich im Umkehrschluß mittlere Φ -Werte für den Zusammenhang von Itemantwort und Gruppenzugehörigkeit auf 1%- bis 1%-Signifikanzniveau (Tabelle 18). Die Φ -Werte reichten von $\Phi = .03$ bei den Fragen 5 (*Führerscheinverlust*) und 17 (*Magenulcus*) bis zu $\Phi = .85$ bei Item 10 (*Heimunterbringung*), was insofern nicht verwundert, weil Heimunterbringung ein Merkmal der Extremgruppeneinteilung (Heim für CMA) war. Der Durchschnittswert von $\bar{\Phi} = .33$ lag daher eher im unteren Bereich.

10.4 Itemauswahl

Nach Angaben von Fisseni (1990) gelten als mittlerer Bereich für die Schwierigkeit Werte von .20 bis .80, für die Trennschärfe von .30 bis .50 und die Validität von .40 bis .60. Zur Itemauswahl kam die *Kennwert-Selektion* (Lienert, 1989) zur Anwendung. Aufgrund des

hyperbolischen Zusammenhang zwischen *Schwierigkeitsindex* und *Trennschärfekoeffizient* war - selbst bei optimaler Trennschärfe - nicht mit einem Schwierigkeitsindex über .26 zu rechnen. Wegen dieser Verteilungsschiefe wurde auf einen absoluten Grenzwert für die *Schwierigkeitsindizes* verzichtet und die Itemselektion folgendermaßen formalisiert: Betrag der *Schwierigkeitsindex* eines Items $p \geq .20$, bedurfte es eines Trennschärfekoeffizienten von $r_{pbis} \geq .40$ **oder** eines Validitätskoeffizienten von $\Phi \geq .35$ zur Aufnahme in die Endfassung des *Merkmalsbogens*. Fiel der Schwierigkeitsindex unter .20, wurde ein Item nur unter Erfüllung beider Grenzwerte von Trennschärfe- **und** Validitätskoeffizient berücksichtigt. Dieses Vorgehen führte zum Ausschluß der acht Items (in Tabelle 18 mit \otimes gekennzeichnet):

- 5 *Führerscheinverlust*
- 7 *mindestens 1 Entwöhnung*
- 12 *Entzugskrämpfe*
- 15 *Suizidversuch*
- 16 *Leberzirrhose*
- 17 *Magenulcus*
- 18 *Pankreatitis und*
- 19 *Unfallverletzung*

Bei dieser Selektion entfallen aus den Bereichen SOZIALE SITUATION (5), BEHANDLUNGSVORGESCHICHTE (7) und NEUROLOGISCH-PSYCHIATRISCHER BEFUND (12, 15) nur einzelne Fragen, während alle Items des Bereichs SOMATISCHER BEFUND (16, 17, 18, 19) ausgeschlossen wurden, was vor allem auf ihren geringen Korrelationen mit dem Validitätskriterium basiert. Die internistischen Alkoholfolgeerkrankungen scheinen bei der untersuchten CMA-Gruppe nicht wesentlich häufiger vorzukommen als bei den *Nicht-CMA*, weshalb sie zur Trennung beider Gruppen wenig geeignet sind. Das Ergebnis dieser Auswahl ist die *Braunschweiger Merkmalsliste (BML)* mit 11 Items (Tabelle 19; Anhang E).

Tabelle 19: Itemcharakteristika der *Braunschweiger Merkmalsliste (BML)* bei 247 Alkoholkranken der beiden Extremgruppen

	<i>Schwierigkeitsindex</i> <i>P</i>	<i>Trennschärfekoeffizient</i> r_{pbis}	<i>Validitätskoeffizient</i> Φ
1. alleinstehend	68,2% (167/245)	.29	.27***
2. Sozialhilfe	25,2% (62/246)	.37	.44***
3. langzeitarbeitslos	35,2% (86/244)	.34	.49***
4. wohnungslos	24,7% (61/247)	.40	.28***
5. > 6 Entgiftungen	28,8% (68/236)	.23	.41***
6. Einweisung per Beschluß	15,5% (36/233)	.18	.36***
7. gesetzl. Betreuung	15,8% (39/247)	.23	.57***
8. Heimunterbringung	26,3% (65/247)	.45	.85***
9. Delir	28,4% (63/222)	.22	.32***
10. Korsakowpsychose	9,5% (23/241)	.21	.51***
11. Polyneuropathie	23,8% (56/235)	.24	.63***

Anmerkungen: ** sehr signifikante Φ -Werte ($\alpha \leq .01$); *** höchst signifikante Φ -Werte ($\alpha \leq .001$)

Während die Schwierigkeitsindizes und Validitätskoeffizienten gleich bleiben, verringern sich die Trennschärfekoeffizienten der 11 verbleibenden Items (Tabelle 19), was auf den Einfluß der Interkorrelationen mit den ausgeschlossenen Items hinweist. Im Vergleich mit der ursprünglichen 19-Item-Version (Tabelle 18) vermindert sich z. B. die Trennschärfe der Frage 1 (*alleinstehend*) von .41 auf .29 in der *BML*, bei Frage 2 (*Sozialhilfe*) von .59 auf .37 (Tabelle 18).

10.5 Bestimmung des Trennwertes

Zur Bestimmung des Trennwertes (Cut off) wurde zunächst durch Addition der JA-Antworten für jede *BML* ein Summenscore ermittelt. *BML*, deren Summenscores aufgrund von missing data Ersatz Dezimalwerte aufwiesen (s. Kapitel 9), wurden auf ganze Zahlen gerundet ($\text{Summenscore} \approx \frac{\text{Zahl der JA - Antworten} \times 11}{\text{Zahl der gültigen Items}}$).

Für die Summenscores der 247 Alkoholkranken der beiden Gruppen ergab sich eine rechtsschiefe Häufigkeitsverteilung (Abbildung 13) mit einem Mittelwert von 3,0 JA-Antworten ($SD = 2,8$) und einem Median von 2 (Tabelle 20).

Abbildung 13: Häufigkeiten der Summenscores der Braunschweiger Merkmalsliste bei 247 Alkoholkranken der beiden Extremgruppen

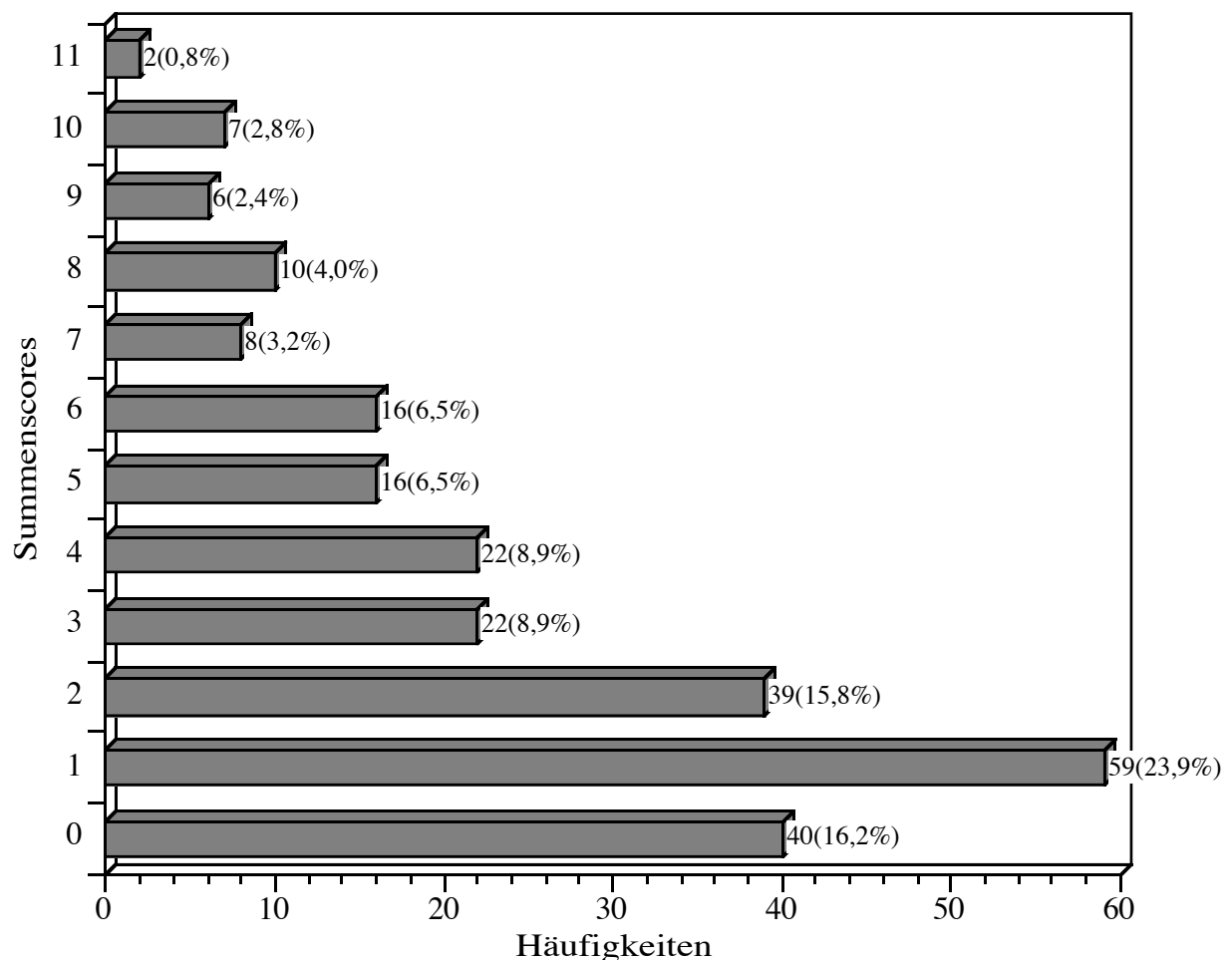
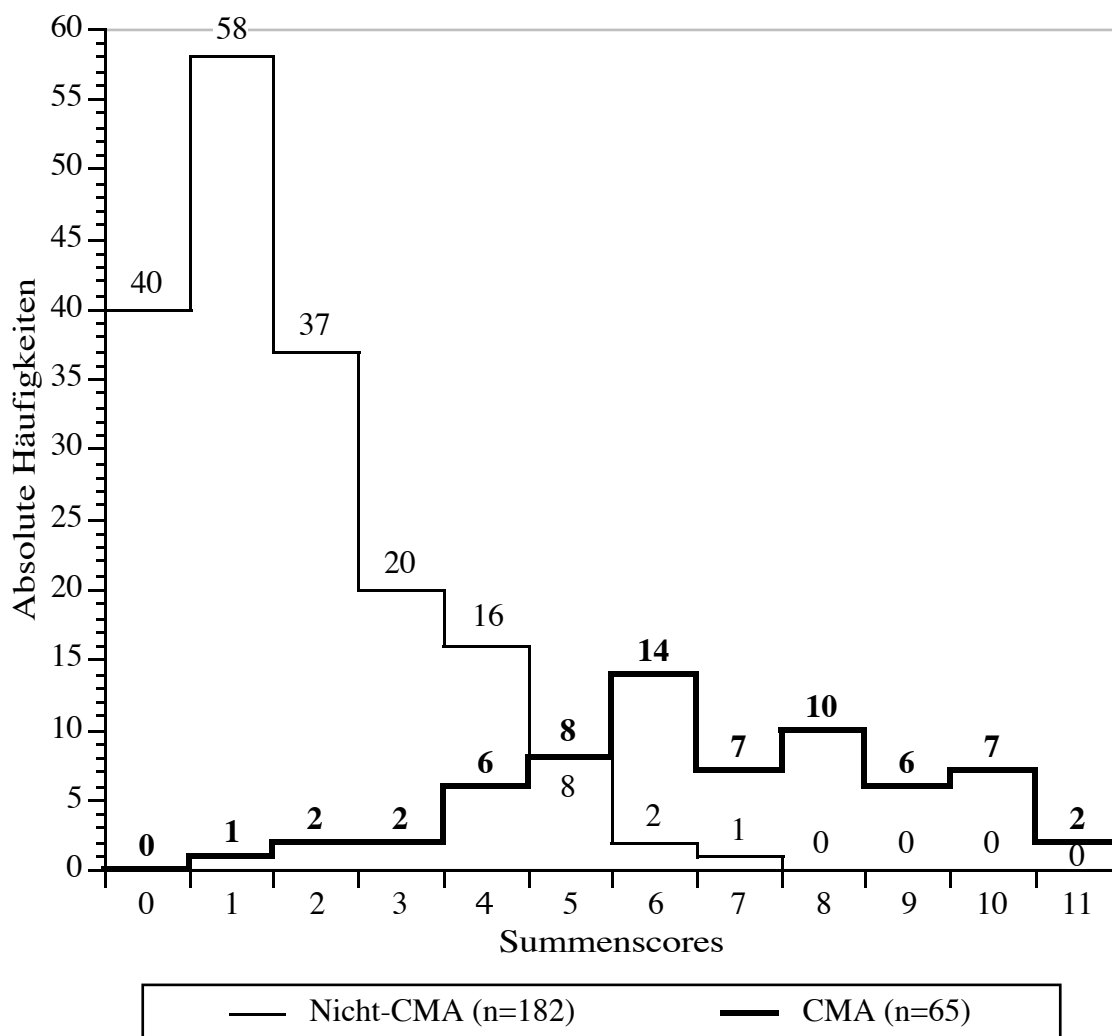


Tabelle 20: Parameter des Summenscores bei 247 Alkoholkranken der beiden Extremgruppen

<i>Summenscore</i>			
Mittelwert	3,0	Maximum	11
Median	2,0	Gültige Fälle	247
Standardabweichung	2,8	Fehlende Fälle	0
Minimum	0		

Für mehr als die Hälfte (55,9%) der Alkoholkranken beider Gruppen geben deren Behandler zwei oder weniger Merkmale der *BML* an. Da sich 74% aller Ratings auf *Nicht-CMA* (n=182) beziehen, ist dieses Ergebnis nicht verwunderlich. Bei der getrennten Darstellung der Summenscores für die beiden Extremgruppen ergeben sich daher deutliche Unterschiede (Abbildung 14).

Abbildung 14: Häufigkeiten der Summenscores der Braunschweiger Merkmalsliste in den beiden Extremgruppen



Auf die *Nicht-CMA* treffen im Durchschnitt 1,7 JA-Antworten zu ($SD = 1,5$; Tabelle 21). Die Summenscores in dieser Gruppe sind stark linksschief verteilt. Die Gruppe der *CMA*

erreichen im Mittel 6,7 Symptomantworten ($SD = 2,3$) mit einer symmetrischeren Verteilungsform. Die Hypothese der Varianzhomogenität mußte aufgrund des F-Wertes von 2,30 ($\alpha < .001$) zurückgewiesen werden. Der dazugehörige Wert im t-Test für unabhängige Stichproben ($t = -16,1$; $df = 84,7$; $\alpha < .001$) wies diesen Mittelwertsunterschied als hochsignifikant aus. Die Mittelwertsdifferenzen der beiden Verteilungen zeigen, daß der Summenscore der *BML* für die Unterscheidung der beiden Extremgruppen geeignet ist.

Tabelle 21: Parameter des Summenscores der *Braunschweiger Merkmalsliste* nach *Nicht-CMA* und *CMA* getrennt

<i>Summenscore der Nicht-CMA</i>		<i>Summenscore der CMA</i>	
Mittelwert	1,7	Mittelwert	6,7
Median	1,0	Median	6,0
Standardabweichung	1,5	Standardabweichung	2,3
Minimum	0	Minimum	1
Maximum	7	Maximum	11
Gültige Fälle	182	Gültige Fälle	65
Fehlende Fälle	0	Fehlende Fälle	0
t-test: $t = -16,1$; $df = 84,7$; $\alpha < .001$; $F = 2,30$; $\alpha < .001$			

Die Formen der beiden Verteilungen legen einen Trennwert bei einem Summenscore von 4 und mehr nahe. Nach Wassertheil-Smoller (1995) sind *Sensitivität* und *Spezifität* zwei Maße zur Beurteilung der Validität eines Tests bzw. seines Trennwertes. *Sensitivität* ist definiert als die Wahrscheinlichkeit für ein positives Testresultat beim tatsächlichen Vorhandensein einer Erkrankung. *Spezifität* ist die Wahrscheinlichkeit eines negativen Testergebnisses bei tatsächlicher Abwesenheit einer Erkrankung. Je höher die Sensitivität eines Tests, desto weniger bleiben 'wirklich kranke' Personen unerkannt (falsch negativ) und je höher die Spezifität, desto geringer wird die Zahl der 'wirklich gesunden' Personen, die durch den Test als krank klassifiziert werden (falsch positiv). Welches der beiden Maße als wichtiger betrachtet wird, hängt vom Untersuchungszusammenhang ab. Für die Wahl eines geeigneten Trennwertes ist es daher entscheidend, die Nachteile durch den Test nicht erkannter Kranker (geringe Sensitivität) gegen fälschlich als krank Diagnostizierte (geringe Spezifität) abzuwägen. Die Wahl hängt etwa von der Lebensbedrohlichkeit einer Diagnose ab (z. B. Krebs), möglichen Stigmatisierungseffekten bei einer Fehldiagnose (z. B. AIDS) oder auch Kostenaspekten für das Gesundheitssystem z. B. im Rahmen von Reihenuntersuchungen.

Die *Gesamteffizienz* eines Test ist der Anteil richtig erkannter 'Kranker' und 'Nicht-Krank' im Verhältnis zur Gesamtstichprobe oder

$$\text{Effizienz} = \frac{\text{Zahl der richtig Positiven} + \text{Zahl der richtig Negativen}}{N}$$

"Ein guter diagnostischer Test ist einer, der Ihre Einschätzung über den Krankheitsstatus eines Patienten gegenüber der Einschätzung verbessert, die Sie aufgrund der allgemeinen

Prävalenzrate vornehmen würden. Von primärem Interesse für den Kliniker ist jedoch der *prädiktive Wert eines positiven Tests* (PV+), der den Anteil von Personen mit positivem Testergebnis umfaßt, die wirklich an der Krankheit leiden" (Wassertheil-Smoller, 1995, S. 121 [Übers. d. Verf.]). Der *positive prädiktive Wert* eines Test ist - im Gegensatz zu *Sensitivität*, *Spezifität* und *Gesamteffizienz*, die Eigenschaften des Tests sind - grundratenabhängig. Je niedriger die 'wahre' Prävalenz einer Erkrankung ist, desto geringer wird - trotz konstant hoher Sensitivität und Spezifität - der positive prädiktive Wert ausfallen (Hennekens & Buring, 1987).

Zur Bestimmung des optimalen Trennwertes wurden daher für unterschiedliche Summenscores der *BML* Sensitivität, Spezifität und Gesamteffizienz berechnet und in Tabelle 22 aufgeführt. Abbildung 15 gibt die Maßzahlen graphisch wieder.

Tabelle 22: Sensitivität, Spezifität und Gesamteffizienz verschiedener Trennwerte der Braunschweiger Merkmalsliste

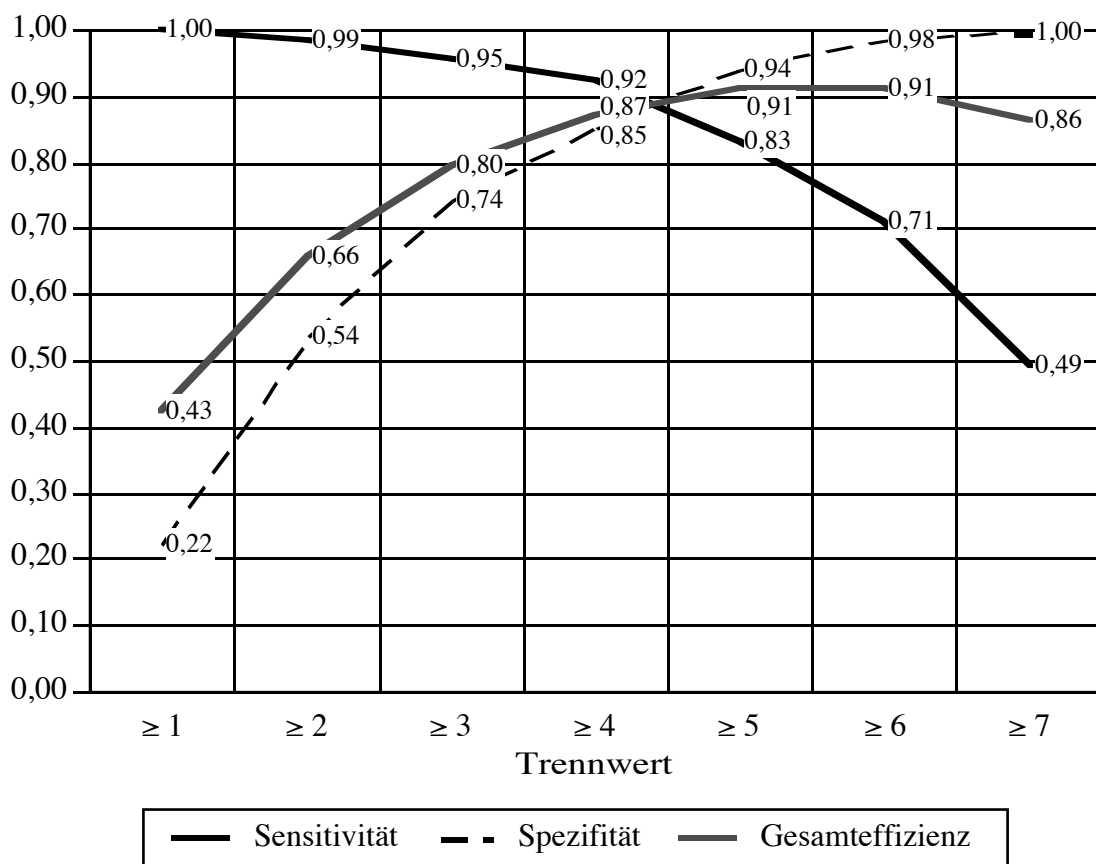
<i>Trennwert</i>	<i>CMA</i>	<i>Nicht-CMA</i>	Σ	<i>Sensitivität</i>	<i>Spezifität</i>	<i>Gesamteffizienz</i>
0	0	40	40	1,00	0,220	0,425
≥ 1	65	142	207			
0 - 1	1	98	99	0,985	0,538	0,656
≥ 2	64	84	148			
0 - 2	3	135	138	0,954	0,742	0,796
≥ 3	62	47	109			
0 - 3	5	155	160	0,923	0,852	0,870
≥ 4	60	27	87			
0 - 4	11	171	182	0,831	0,940	0,911
≥ 5	54	11	65			
0 - 5	19	179	198	0,708	0,984	0,911
≥ 6	46	3	49			
0 - 6	33	181	214	0,492	0,995	0,862
≥ 7	32	1	33			
n	65	182	247			

Es ist deutlich erkennbar, daß die Sensitivität abnimmt, je höher der Trennwert gewählt wird. Die Spezifität nimmt umgekehrt zu. Bei einem Trennwert von **≥ 4** werden 60 der 65 *CMA* (92%) richtig klassifiziert. Die Sensitivität beträgt .92. Von den *Nicht-CMA* werden

bei diesem Cut off 85% (155/182) richtig Negativ eingestuft. Die Spezifität liegt folglich bei .85. Die Gesamteffizienz beträgt .87, der Anteil der Fehlklassifikationen liegt also bei nur 13% (32/247).

Bei einem Trennwert von ≥ 5 steigt die Gesamteffizienz auf .91, die Zahl der Fehlklassifikationen reduziert sich um 10 Probanden auf 9 %. Diese Verbesserung geht mit einer Erhöhung der Spezifität (.94) auf Kosten der Sensitivität (.83) einher. Nur 54 von 65 CMA (83%) würden richtig klassifiziert. Da es sich bei der BML um ein Zuordnungsverfahren innerhalb der Gruppe bereits diagnostizierter Alkoholkranker handelt und nicht um ein Screening-Verfahren im Rahmen epidemiologischer Reihenuntersuchungen zur Feststellung einer Krankheit, wurde der Fallidentifikation (Sensitivität) eindeutig Vorrang vor der Erkennung von Nicht-Fällen (Spezifität) gegeben. Deshalb wurde der Trennwert von ≥ 4 gewählt (Abbildung 15). Von den 87 Patienten, die durch diesen Cut off als CMA eingestuft werden, gehören 60 tatsächlich zur CMA-Gruppe (69%). Dies ergibt einen *positiven prädiktiven Wert* .69 und bedeutet, daß die BML mit ihrem Trennwert eine bessere Klassifikationsgenauigkeit besitzt als z. B. eine Zufallszuordnung von 50%.

Abbildung 15: Eigenschaften verschiedener Trennwerte in der Braunschweiger Merkmalsliste



11. Kreuzvalidierung

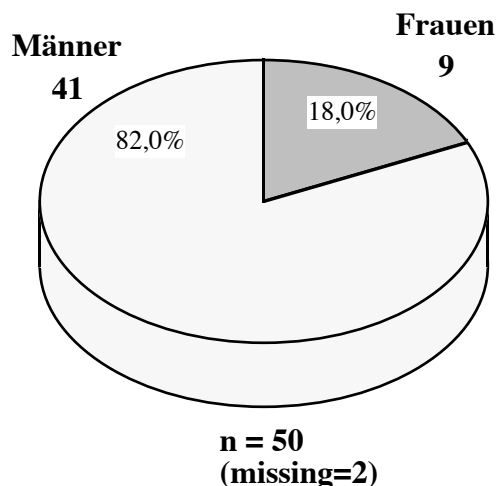
Zur Kreuzvalidierung der *BML* wurden die Ratingbögen von 52 Alkoholkranken der Suchtabteilung des PLK Merxhausen und 98 Ratingbögen der Alkoholabhängigen der Fachabteilung Bad Rehburg des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf verwendet. Vor der Darstellung der eigentlichen Kreuzvalidierung sollen die beiden Stichproben hinsichtlich Geschlechts-, Altersverteilung, den Antworthäufigkeiten in den Einzelitems sowie den Summenscores charakterisiert und in ihren Untergruppen (*CMA* vs. *Nicht-CMA*) gegenübergestellt werden. Daran anschließend erfolgt die Analyse des Trennwertes.

11.1 Merxhausen

Die Stationsärzte des PLK Merxhausen hatten alle alkoholabhängigen Patienten, die zwischen dem 22. November und dem 22. Dezember 1993 stationär auf der Suchtabteilung behandelt wurden, mit der *BML* beurteilt. Parallel dazu hatten die Oberärzte der Abteilung - in Unkenntnis der *BML* - ihre klinische Einschätzung derselben Patienten bezüglich *chronisch mehrfach geschädigt* bzw. *nicht-chronisch mehrfach geschädigt* abgegeben.

Die Einmonatserhebung in Merxhausen ergab 52 Ratings. Von diesen 52 Alkoholabhängigen waren 18,0% Frauen, und 82,0% Männer (Abbildung 16). Bei zwei Bögen fehlten Angaben zum Geschlecht, bei vier weiteren Angaben zum Alter. Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 39,9 Jahre ($SD = 9,1$).

Abbildung 16: Geschlechtsverteilung bei 52 Alkoholkranken der Suchtabteilung des PLK Merxhausen



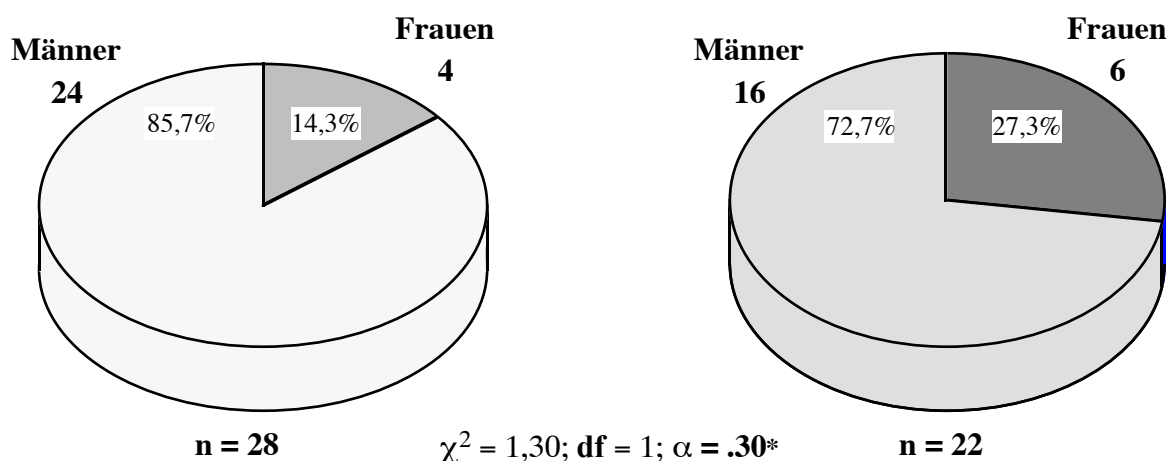
Die männlichen Patienten der Stichprobe sind mit 40,4 Jahren ($SD = 9,2$) im Durchschnitt 2,6 Jahre älter als die Frauen ($\bar{x} = 37,8$ Jahre; $SD = 9,1$). Der mittlere Altersunterschied von 2,6 Jahren erweist sich aber im t-Test für unabhängige Stichproben als nicht signifikant ($t = 0,77$; $df = 44$; $\alpha = .44$ [Tabelle 23]).

Tabelle 23: Altersverteilung der Merxhausener Stichprobe nach Männern und Frauen getrennt

Männer		Frauen	
Mittelwert	40,4	Mittelwert	37,8
Median	39,0	Median	38,0
Standardabweichung	9,2	Standardabweichung	9,1
Minimum	27	Minimum	24
Maximum	66	Maximum	56
Gültige Fälle	37	Gültige Fälle	9
Fehlende Fälle	3	Fehlende Fälle	1
t-test: $t = 0,77$; $df = 44$; $\alpha = .444$; $F = 1,02$; $\alpha = 1.000$			

Wie bereits oben erwähnt stuften die Oberärzte der Suchtabteilung die 52 Alkoholkranken nach Item 20 "*Chronisch mehrfach geschädigt ? JA/NEIN*" ein. Nach diesen Ratings waren 28 (53,8%) der Patienten als *nicht chronisch mehrfach geschädigt* und 24 (46,2%) als *chronisch mehrfach geschädigt alkoholkrank* zu betrachten (Abbildung 17).

Abbildung 17: Geschlechtsverteilung bei 28 nicht-chronisch mehrfach geschädigten und 22 chronisch mehrfach geschädigten Alkoholkranken des PLK Merxhausen



Anmerkungen: * Signifikanzwert nach Fisher's-Exact-Test (zweiseitig), da $> 20\%$ der Zellen erwartete Häufigkeiten < 5

Der Anteil der Frauen unter den CMA lag mit 27,3% um 13% höher als bei den Nicht-CMA (14,3%). Damit waren die Geschlechtsverteilungen in den beiden Merxhausener Chronikergruppen genau umgekehrt zur Konstruktionsstichprobe (s. Kapitel 10). Hatten dort Frauen $\frac{1}{4}$ der Nicht-CMA ausgemacht und ca. $\frac{1}{5}$ der CMA, waren in der Merxhausener Stichprobe nur knapp $\frac{1}{7}$ der Nicht-CMA und mehr als $\frac{1}{4}$ der CMA Frauen. Diese Verteilungsunterschiede sind vermutlich dadurch verursacht, daß die Zusammensetzung der Konstruktionsstichprobe nach theoretischen Gesichtspunkten (Extremgruppenbildung) erfolgte und völlig andere Einflüsse widerspiegelt als das Aufnahmegeschehen der Suchtstation eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses. Zur Prüfung des Häufigkeitsunterschiedes der beiden o. g. Chronikergruppen wurde ein χ^2 -Test durchgeführt. Der χ^2 -Wert von 1,30 deutet darauf hin, daß die beiden Geschlechtsverteilungen sich nicht signifikant voneinander

unterscheiden ($df = 1$; $\alpha = .30$). Wegen der geringen Zellenbesetzung in der Kreuztabelle ($> 20\%$ erwartete Häufigkeiten < 5) wurde der Signifikanzwert für die zweiseitige Fragestellung des Fisher's-Exact-Test angegeben (Bortz, Lienert & Boehnke, 1990).

Auch bei den Altersverteilungen der Chronikergruppen ergeben sich wesentliche Unterschiede zur Konstruktionstichprobe. Differieren sie untereinander gerade um 1,4 Jahre ($t = -0,52$; $df = 44$; $\alpha = .60$), so sind die Merxhausener *Nicht-CMA* mit 39,3 Jahren ($SD = 9,4$) durchschnittlich 4,7 Jahre und die Merxhausener *CMA* mit $\bar{x} = 40,7$ J. ($SD = 8,9$) durchschnittlich 10,7 Jahre jünger als die *CMA* in der Konstruktionsstichprobe (Tabelle 24).

Tabelle 24: Altersverteilungen von *Nicht-CMA* und *CMA* der Merxhausener Stichprobe

<i>nicht-chronisch mehrfach geschädigt</i>	<i>chronisch mehrfach geschädigt</i>
Mittelwert	39,3
Median	38,5
Standardabweichung	9,4
Minimum	24
Maximum	66
Gültige Fälle	26
Fehlende Fälle	2
t-test: $t = -0,52$; $df = 44$; $\alpha = .603$; $F = 1,11$; $\alpha = .819$	

Die mittlere Altersdifferenz zwischen den Männern ($\bar{x} = 39,9$ Jahre; $SD = 9,6$) und Frauen ($\bar{x} = 36,0$ Jahre; $SD = 8,1$) in der Gruppe der *Nicht-CMA* (Tabelle 25) beträgt 3,9 Jahre. Nach dem F-Wert von 1,41 wurde die Hypothese der Varianzhomogenität beider Verteilungen beibehalten. Der t-Test für unabhängige Stichproben weist diesen Altersunterschied als nicht signifikant aus ($t = 0,75$; $df = 24$; $\alpha = .46$). Die Männer sind damit im Schnitt 4,1 Jahre, die Frauen sogar 8,1 Jahre jünger als die *Nicht-CMA* in der Konstruktionsstichprobe.

Tabelle 25: Altersverteilungen der *Nicht-CMA* nach Männern und Frauen getrennt

<i>Männer</i>	<i>Frauen</i>
Mittelwert	39,9
Median	38,0
Standardabweichung	9,6
Minimum	27
Maximum	66
Gültige Fälle	22
Fehlende Fälle	2
t-test: $t = 0,75$; $df = 24$; $\alpha = .460$; $F = 1,41$; $\alpha = .885$	

In der Gruppe der *CMA* sind die Männer durchschnittlich 41,2 Jahre alt ($SD = 8,7$), die Frauen 39,2 Jahre ($SD = 10,5$) und damit im Schnitt 2,0 Jahre jünger als ihre männlichen

Mitpatienten (Tabelle 26). Dieser Altersunterschied erweist sich in einem t-Test für unabhängige Stichproben als nicht signifikant ($t = 0,43$; $df = 18$; $\alpha = .68$) bei allerdings sehr kleinen Fallzahlen. Die Altersdifferenzen zur CMA-Gruppe der Konstruktionsstichprobe sind bedeutend größer. So sind die chronisch mehrfach geschädigten Männer des PLK Merxhausen 11,2 und die Frauen 8,1 Jahre jünger als die der Konstruktionsstichprobe.

Tabelle 26: Altersverteilungen der CMA nach Männern und Frauen getrennt

Männer		Frauen	
Mittelwert	41,2	Mittelwert	39,2
Median	41,0	Median	38,0
Standardabweichung	8,7	Standardabweichung	10,5
Minimum	30	Minimum	27
Maximum	58	Maximum	56
Gültige Fälle	15	Gültige Fälle	5
Fehlende Fälle	1	Fehlende Fälle	1
t-test: $t = 0,43$; $df = 18$; $\alpha = .675$; $F = 1,46$; $\alpha = .530$			

Zusammenfassend läßt sich über die Merxhausener Stichprobe sagen, daß sie sich in den Geschlechts- und Altersverteilungen der beiden Untergruppen deutlich von der Konstruktionsstichprobe unterscheidet, was in Kapitel 12 diskutiert wird.

Die Braunschweiger Merkmalsliste

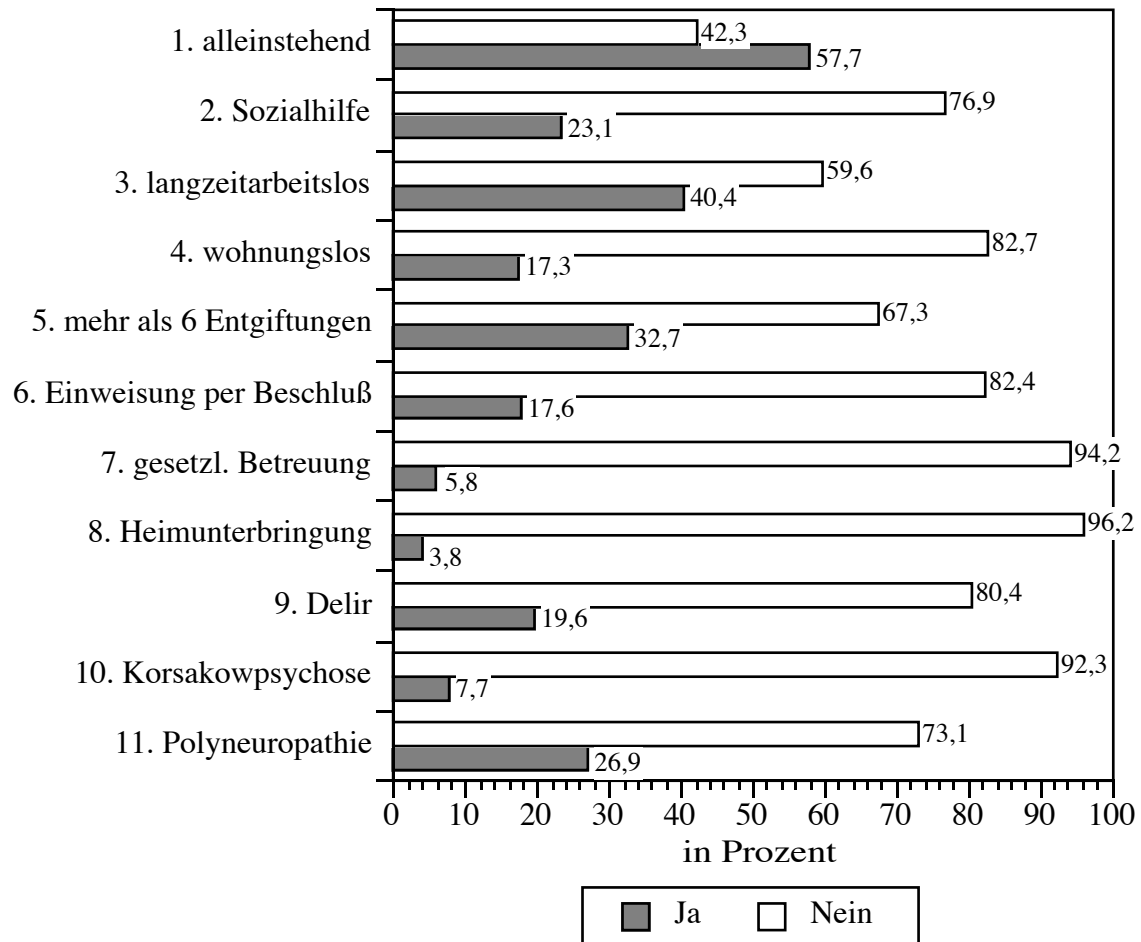
Die Antworthäufigkeiten für die 52 Alkoholkranken aus Merxhausen sind in Tabelle 27 und Abbildung 18 aufgeführt. Danach werden die Items 1 (*alleinstehend*: 57,7%), 2 (*langzeitarbeitslos*: 40,4%), 5 (*mehr als sechs Entgiftungen*: 32,7%) und 11 (*Polyneuropathie*: 26,9%) am häufigsten von den Behandlern bejaht. Das Item 8 (*Heimunterbringung*) spielt

Tabelle 27: Absolute Häufigkeiten der Antworten in der Braunschweiger Merkmalsliste bei den 52 Alkoholkranken des PLK Merxhausen

Items	JA-Antworten	NEIN-Antworten	missing
1. alleinstehend	30	22	0
2. Sozialhilfe	12	40	0
3. langzeitarbeitslos	21	31	0
4. wohnungslos	9	43	0
5. mehr als 6 Entgiftungen	17	35	0
6. Einweisung per Beschluß	9	43	0
7. gesetzl. Betreuung	3	49	0
8. Heimunterbringung	2	50	0
9. Delir	10	42	0
10. Korsakowpsychose	4	48	0
11. Polyneuropathie	14	38	0

so gut wie keine Rolle. Verglichen mit der Konstruktionsstichprobe ist der Anteil Alleinstehender ca. 10%, Wohnungsloser 7%, gesetzlich Betreuter ca. 10%, Heimbewohner knapp 23% und Deliranter knapp 9% geringer. Allein der Prozentsatz Langzeitarbeitsloser liegt 5% höher (Tabelle 27, Abbildung 18). Hinsichtlich der Fragen der *BML* scheint die Merxhausener Stichprobe Alkoholkranker im Durchschnitt nicht ganz so stark geschädigt bzw. der Anteil der *CMA* an der Gesamtzahl niedriger.

Abbildung 18: Relative Häufigkeiten der Antworten in der Braunschweiger Merkmalsliste bei den 52 Alkoholkranken des PLK Merxhausen



Faßt man die JA-Antworten zu Summenscores zusammen, ergibt sich eine leicht rechts-schiefe Verteilung ($Median = 2$) mit einem Mittelwert von 2,5 JA-Antworten ($SD = 1,8$) und einem maximalen Wert von 6 (Abbildung 19, Tabelle 28).

Abbildung 19: Häufigkeiten der Summenscores der Braunschweiger Merkmalsliste bei 52 Alkoholkranken des PLK Merxhausen

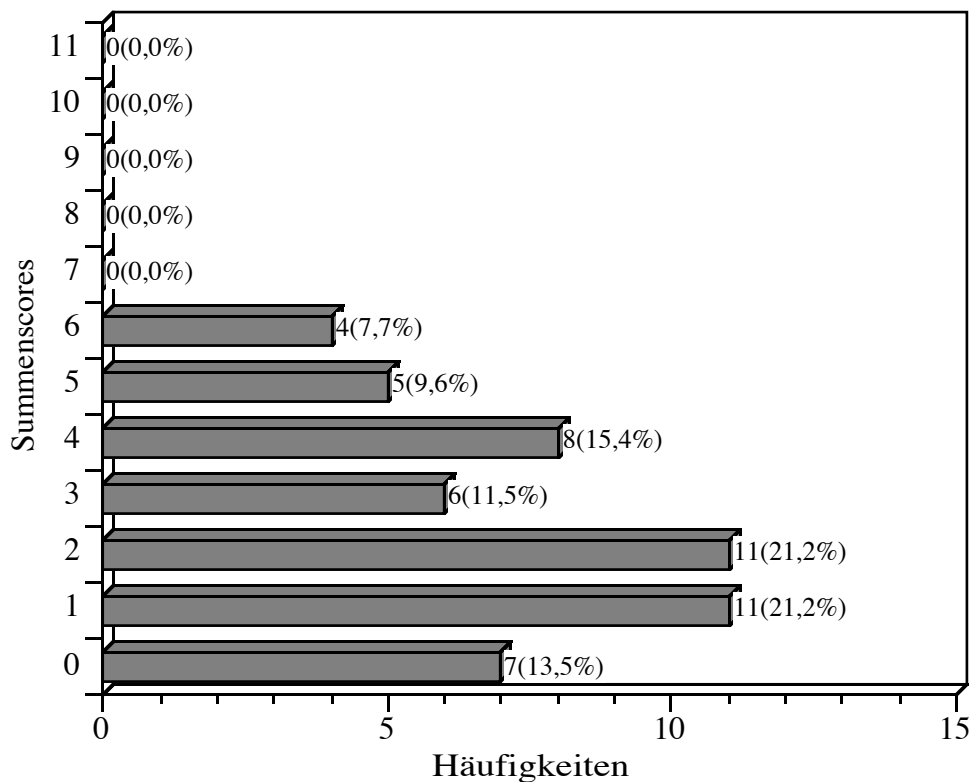


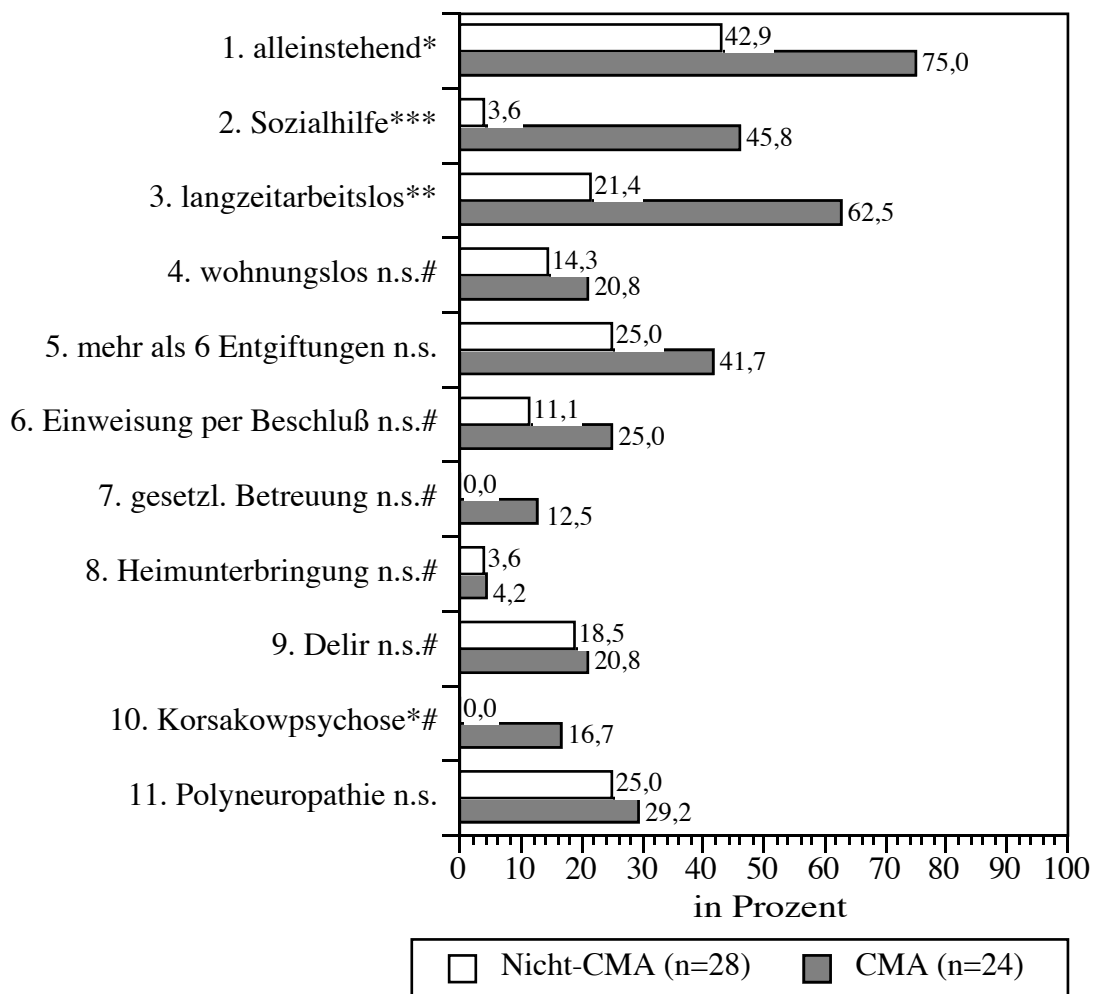
Tabelle 28: Parameter des Summenscores bei 52 Alkoholkranken des PLK Merxhausen

<i>Summenscore</i>			
Mittelwert	2,5	Maximum	6
Median	2,0	Gültige Fälle	52
Standardabweichung	1,8	Fehlende Fälle	0
Minimum	0		

Führt man die Häufigkeiten der JA-Antworten in den 11 Einzelitems nach Chronikergruppen getrennt auf, bestätigt sich die getroffene Itemauswahl. Im Gruppenvergleich wird keines der 11 Items für die *Nicht-CMA* häufiger bejaht als für die *CMA* (Abbildung 20). Die Differenzen in den relativen Häufigkeiten variieren zwischen 0,6% beim Item 8 (*Heimunterbringung*) und 42,2% beim Item 2 (*Sozialhilfe*). Bei den Items 1 (*alleinstehend*), 2 (*Sozialhilfe*) und 3 (*Langzeitarbeitslosigkeit*) sind die Häufigkeitsunterschiede so groß, daß die jeweiligen χ^2 -Tests signifikante Ergebnisse ausweisen. In den Kreuztabellen der Items 4, 6, 7, 8, 9 und 10 wiesen mehr als 20% der Zellen erwartete Häufigkeiten <5 auf, weshalb auf den Fisher's-Exact-Test zurückgegriffen wurde. Bis auf Item 10 (*Korsakowpsychose*) erwiesen sich die Signifikanzwerte bei einseitiger Fragestellung als nicht signifikant. Die relativ wenigen signifikanten Unterschiede bestätigen die Wahl eines Summenscores bzw. eines Trennwertes, da eine Unterscheidung der Gruppen auf Itemebene unbefriedigend bleibt. Insgesamt fällt auf, daß die Items zur sozialen Situation (1-4) häufiger bejaht wer-

den als die psychiatrisch-neurologischen (9-11). Möglicherweise sind soziale Alkoholfolgeschäden stärker verbreitet als neurologisch-psychiatrische und werden daher auch häufiger dokumentiert. Möglicherweise sind soziale Alkoholfolgeschäden aber auch leichter zu erheben und werden im Laufe einer Krankengeschichte eher tradiert als medizinische Parameter.

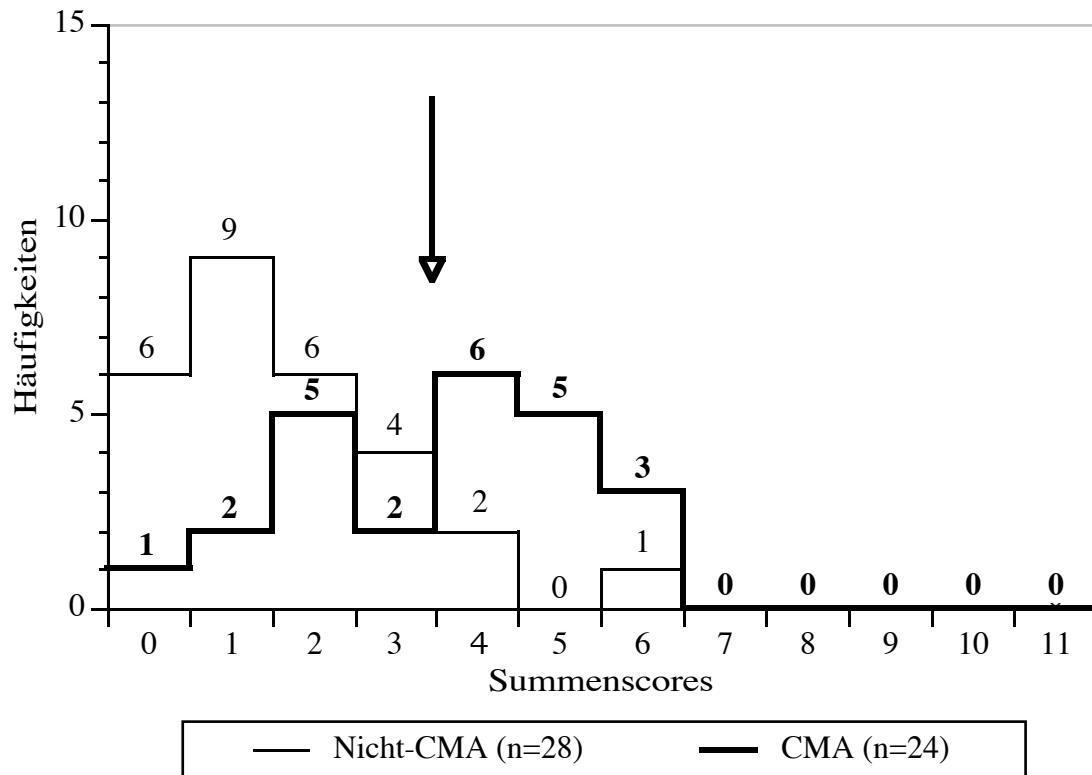
Abbildung 20: Relative Häufigkeiten der Ja-Antworten in den beiden Gruppen Alkoholkranker des PLK Merxhausen



Anmerkung: * signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .05$) im χ^2 -Test; ** sehr signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .01$) im χ^2 -Test; *** höchst signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .001$) im χ^2 -Test; # Signifikanzwert nach Fisher's-Exact-Test (einseitig), da > 20% der Zellen erwartete Häufigkeiten < 5

Führt man die Häufigkeiten der Summenscores in der *BML* für die beiden Chronikergruppen getrennt auf, ergibt sich die Verteilung in Abbildung 21. Darin zeigt sich, daß infolge häufigerer JA-Antworten die CMA auch deutlich höhere Summenscores erzielen als die Nicht-CMA. Die stärkere Überschneidung beider Verteilungen weist auf einen höheren Grad an Fehleinschätzungen (-klassifizierungen) hin.

Abbildung 21: Absolute Häufigkeiten der Summenscores der Braunschweiger Merkmalsliste in den zwei Gruppen Alkoholkranker des PLK Merxhausen



Auf die *Nicht-CMA* treffen im Durchschnitt 1,7 JA-Antworten zu ($SD = 1,5$), während von der Gruppe der *CMA* im Mittel 3,5 JA-Antworten erreicht werden ($SD = 1,7$ [Tabelle 29]). Ein t-Test für unabhängige Stichproben ergibt einen hochsignifikanten Mittelwertsunterschied ($t = -4,2$; $df = 50$; $\alpha < .001$). Es ist auffallend, daß der Summenscore der *CMA* in dieser Stichprobe mit 3,5 JA-Antworten im Durchschnitt knapp 4 Punkte niedriger liegt als in der Konstruktionsstichprobe mit $\bar{x} = 6,7$. Dies ist vermutlich ein Einfluß der Extremgruppenbildung. Zudem liegt die Gruppe, die nach Oberarzt-Rating als *CMA* definiert wurde, unter dem Trennwert der *BML* von ≥ 4 (s. VI. Diskussion).

Tabelle 29: Parameter des Summenscores der Braunschweiger Merkmalsliste nach Nicht- CMA und CMA getrennt

<i>Summenscore der Nicht-CMA</i>		<i>Summenscore der CMA</i>	
Mittelwert	1,7	Mittelwert	3,5
Median	1,0	Median	4,0
Standardabweichung	1,5	Standardabweichung	1,7
Minimum	0	Minimum	0
Maximum	6	Maximum	6
Gültige Fälle	28	Gültige Fälle	24
Fehlende Fälle	0	Fehlende Fälle	0
t-test: $t = -4,22$; $df = 50$; $\alpha = .000$; $F = 1,37$; $\alpha = .427$			

Trennwert

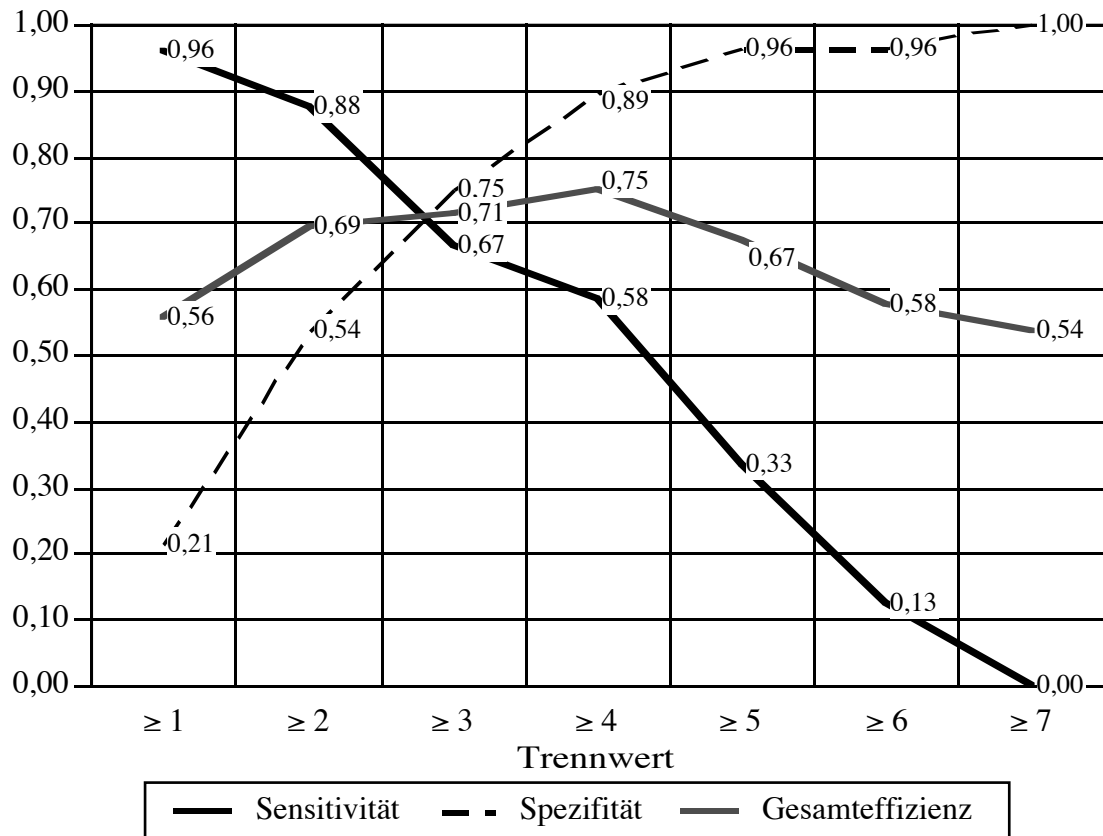
Während nach dem Trennwert von ≥ 4 nur 17 der 52 Alkoholkranken als *chronisch mehrfach geschädigt* zu betrachten sind, schätzen die Oberärzte 24 der 52 Patienten als Chroniker ein. Bei dem Validitätskriterium Oberarzt-Rating erreicht die *BML* mit ihrem Trennwert von ≥ 4 nur eine Sensitivität von .58, die Spezifität dagegen einen Wert von .89. Aufgrund der hohen Spezifität liegt die Gesamteffizienz bei .75 (Tabelle 30).

Tabelle 30: Sensitivität, Spezifität und Gesamteffizienz der Braunschweiger Merkmalsliste

Trennwert	Oberarzt-Ratings (klinische Einschätzung)					
	CMA	Nicht-CMA	Σ	Sensitivität	Spezifität	Gesamteffizienz
0 - 3	10	25	35	0,583	0,893	0,750
≥ 4	14	3	17			
n	24	28	52			

Die Stärke des Cut offs von ≥ 4 ist im Vergleich zu anderen kritischen Werten (Abbildung 22) eher der Ausschluß von *Nicht-CMA*. Hinsichtlich der Identifikation von *CMA* scheint er eher konservativ verglichen mit dem klinischen Eindruck der Oberärzte.

Abbildung 22: Eigenschaften verschiedener Trennwerte in der Braunschweiger Merkmalsliste in der Stichprobe des PLK Merxhausen



Betrachtet man die Häufigkeitsverteilung jedoch genauer, wird deutlich, daß - bis auf drei Patienten - alle *chronisch mehrfach geschädigten* nach der *BML* auch von den Oberärzten als solche beurteilt wurden. Das schlechte Resultat kommt durch zehn falsch Negative zustande. Ein Erklärung dafür könnten Definitionsunterschiede zwischen dem Oberarzttrating und der *BML* sein. Die Verwendung der *BML* und ihres Cut offs führt zu einer sehr konservativen Definition *chronischer Mehrfachschädigung*. Dies hängt vermutlich mit der Konstruktion an zwei Extremgruppen zusammen. Zudem scheint das klinische Urteil der Oberärzte durch einen *Halo-Effekt* beeinflusst zu sein. Thorndike (1920) beschrieb damit das Bestreben, einzelne Eigenschaften von Personen zu einem konsistenten - positiven oder negativen - Gesamteindruck zusammenzufassen. Dieses Konsistenzstreben könnte dafür verantwortlich sein, daß Patienten, die sich im Stationsablauf als besonders 'schwierig' erweisen, als *chronisch mehrfach geschädigt alkoholkrank* eingestuft werden, was die Validität des Oberarzttratings in Frage stellt. Da die einheitlichere Definition *chronischer Mehrfachschädigung* Ziel der *BML* ist, ist das vorliegende Ergebnis positiv zu bewerten. Mit ihrer Gesamteffizienz von 75% hat die *BML* in dieser Stichprobe gegenüber einer Zufallszuordnung von 50% einen Nutzen von mindestens 25% (75% - 50%). Ein Hinweis für den systematischen Einfluß der Kategorisierung über die *BML* zeigt sich auch in den Häufigkeitsunterschieden. Im χ^2 -Test erweisen sich die Häufigkeitsverteilungen mit einem $\chi^2 = 13,32$ ($df = 1$, $\alpha < .00$) als höchst signifikant. Die Korrelation zwischen Oberarzttratings und dem Trennwert der *BML* beträgt $\Phi = .51$ und ist ebenfalls signifikant ($\alpha < .00$).

11.2 Bad Rehburg

Die zweite Stichprobe für die Kreuzvalidierung stammt aus der Fachabteilung Bad Rehburg des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf, wo der Autor gegen Ende September 1995 eine Aktenanalyse von 98 alkoholkranken Patienten der Stationen 12 und 15 durchführte. Bei der Station 12 handelt es sich um eine soziotherapeutisch orientierte Station mit neuropsychologischem Hirnleistungstraining. Die hausinterne Verlegung auf diese Station galt als Validitätskriterium für eine *chronische Mehrfachschädigung* des jeweiligen Alkoholkranken. Einbezogen wurden alle 47 Alkoholkranken, die von November 1994 bis August 1995 auf der Station 12 in Behandlung gewesen waren. Zwei Patientinnen wurden von der Erhebung ausgeschlossen, weil sie an einer primären Oligophrenie bzw. einer primären Benzodiazepinabhängigkeit litten und damit nicht die Kriterien einer aktuellen Alkoholabhängigkeit erfüllten.

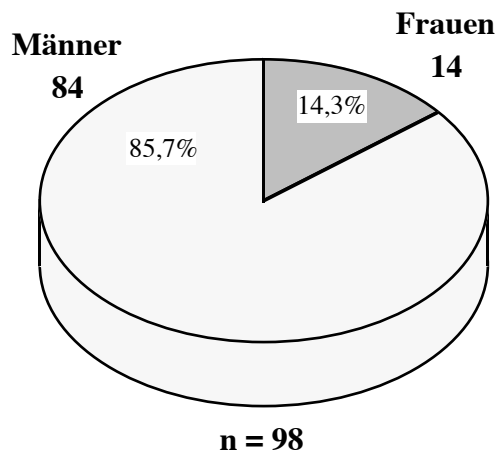
Als Ausschlußkriterium für eine *chronische Mehrfachschädigung* galt die aktuelle Beantragung einer Entwöhnungsbehandlung bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) oder einer Landesversicherungsanstalt für Arbeiter (LVA). Alle 51 alkoholkranken Patienten der Station 15, für die zwischen Januar und August 1995 eine solche Anmeldung

zur Entwöhnungsbehandlung erfolgt war, wurden in die Aktenanalyse einbezogen. Zwei Polytoxikomane und eine Heroinabhängige wurden von der Erhebung ausgeschlossen, da sie das Indexkriterium einer primären aktuellen Alkoholabhängigkeit nicht erfüllten.

Für die verbleibenden 98 Patienten wurde die *BML* nach Aktenstudium ausgefüllt. Für die Bestätigung eines Items mußte in der Krankenakte eine definitive Nennung des Merkmals gegeben sein. Anderfalls wurden die abgefragten Sachverhalte verneint. Verdachtsdiagnosen gerade in den psychiatrisch-neurologischen Fragen (*Korsakowpsychose*, *Polyneuropathie*) reichten zur Bejahung des jeweiligen Items nicht aus. Das Bestehen eines *hirnorganischen Psychosyndroms* alleine reichte nicht zur Bestätigung des Items 10 (*Korsakowpsychose*) aus. Ebenso wurde ein *schweres Schädelhirntrauma* in der Vorgeschichte nicht als Bestätigung von Item 10 (*Korsakowpsychose*) gewertet, auch wenn ein vorausgehender Sturz oder Unfall in Verbindung mit Alkoholkonsum stand.

Der Anteil der Frauen ist mit 14,3% an der Gesamtstichprobe ($n=98$) relativ gering (Abbildung 23). Das Durchschnittsalter lag mit 45,5 Jahren ($SD = 10,7$) ca. zwei Jahre niedriger als in der Konstruktions- und knapp sechs Jahre höher als in der Merxhausener Stichprobe.

Abbildung 23: Geschlechtsverteilung bei 98 Alkoholkranken der Fachabteilung Bad Rehbург



Die männlichen Patienten sind im Vergleich zu den beiden anderen Stichproben mit 44,5 Jahren ($SD = 10,4$) im Durchschnitt 7,0 Jahre jünger als die Frauen ($\bar{x} = 51,5$ Jahre; $SD = 10,7$). In die gleiche Richtung weisen auch die kleinsten Werte ($Min = 22$ vs. $Min = 29$). Der Median von 53,5 deutet zudem auf eine rechtsschiefe Altersverteilung bei den Frauen hin (Tabelle 31). Die Prüfung des Altersunterschiedes mittels t-Test für unabhängige Stichproben ergibt ein signifikantes Ergebnis ($t = -2,33$; $df = 96$; $\alpha = .02$). Dieser signifikante Altersunterschied widerspricht Angaben der SEDOS AG (Simon & Lehnitzk-Keiler, 1995). Die genannten Autoren konnten weder unter den alkoholkranken Psychiatrie- noch unter den Fachklinikpatienten gravierende geschlechtsspezifische Altersunterschiede feststellen. Dieser Unterschied wird allerdings verständlich, wenn man bedenkt,

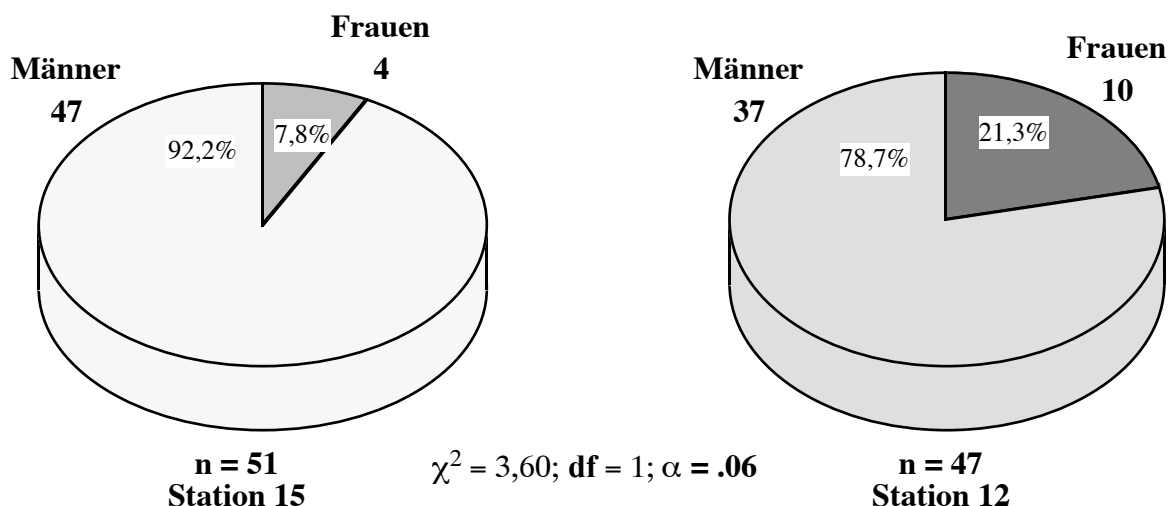
daß die SEDOS-Stichprobe sechsmal mehr Fachklinikpatienten umfaßt als Psychiatriepatienten (Simon & Lehnitzk-Keiler, 1995). Offenbar finden gerade ältere alkoholranke Frauen eher in psychiatrischen Institutionen Behandlung. So fanden Schulz und Weiß-Lehnhardt (1989) in einer Stichprobe von 546 Alkoholkranken des NLK Königsutter eine signifikante Häufung von Frauen in den oberen Altersgruppen von 40 bis 49 Jahren und darüber (leider fehlen Mittelwertsangaben), ein Befund, der sich mit den vorliegenden Daten deckt.

Tabelle 31: Altersverteilungen der Stichprobe der Fachabteilung Bad Rehbürg nach Männern und Frauen getrennt

<i>Männer</i>		<i>Frauen</i>	
Mittelwert	44,5	Mittelwert	51,5
Median	43,0	Median	53,5
Standardabweichung	10,4	Standardabweichung	10,7
Minimum	22	Minimum	29
Maximum	63	Maximum	66
Gültige Fälle	84	Gültige Fälle	14
Fehlende Fälle	0	Fehlende Fälle	0
t-test: $t = -2,33$; $df = 96$; $\alpha = .022$; $F = 1,06$; $\alpha = .805$			

Nach der Darstellung der Gesamtstichprobe soll nun eine Gegenüberstellung der Patienten aus den beiden Stationen 12 und 15 erfolgen (Abbildung 24), die - wie erwähnt - als weiteres Validitätskriterium für die Kreuzvalidierung dienen.

Abbildung 24: Geschlechtsverteilung bei 51 nicht chronisch mehrfach geschädigten und 47 mehrfach chronisch geschädigten Alkoholkranken der Fachabteilung Bad Rehbürg



Der Anteil von Frauen ist in der CMA-Gruppe (Station 12) mit 21,3 % - wie in der Merxhauserer Stichprobe (27,3 %) - höher als in der Gruppe der Nicht-CMA (7,8 %). Im χ^2 -Test wird ein signifikanter Unterschied nur knapp verfehlt ($\chi^2 = 3,60$; $df = 1$; $\alpha = .06$). Der Altersunterschied zwischen den Patienten der beiden Stationen ($\bar{x}_{\text{Station 15}} = 40,9 \text{ J.}$ vs.

$\bar{x}_{\text{Station 12}} = 50,4 \text{ J.}$) beträgt fast 10 Jahre und erweist sich im t-Test für unabhängige Stichproben als hochsignifikant ($t = -4,84$; $df = 96$; $\alpha < .01$). Auf der Station 12 sind durchschnittlich ältere Alkoholranke und zudem überproportional viele Frauen in Behandlung. Das höhere Durchschnittsalter deutet auf einen fortgeschritteneren Verlauf der Abhängigkeitskrankheit und auf einen höheren Grad von Alkoholfolgeschäden hin (Schulz & Weiß-Lehnhardt, 1989). Der erhöhte Frauenanteil könnte ein Hinweis auf einen Mangel an spezifischen nicht-psychiatrischen Versorgungsangeboten sein.

Hinsichtlich des Alters differieren die Männer ($\bar{x} = 41,1 \text{ J.}$; $SD = 9,6$) und Frauen ($\bar{x} = 39,0 \text{ J.}$; $SD = 10,0$) der Station 15 im Durchschnitt nur um 2,1 Jahre (Tabelle 32). Der F-Wert von 1,08 spricht für die Varianzhomogenität beider Verteilungen ($\alpha = .74$). Ein t-Test für unabhängige Stichproben ergibt keinen signifikanten Unterschied ($t = 0,42$; $df = 49$; $\alpha = .68$).

Tabelle 32: Altersverteilungen der Nicht-CMA (Station 15) nach Männern und Frauen getrennt

Männer		Frauen	
Mittelwert	41,1	Mittelwert	39,0
Median	39,0	Median	39,0
Standardabweichung	9,6	Standardabweichung	10,0
Minimum	22	Minimum	29
Maximum	59	Maximum	49
Gültige Fälle	47	Gültige Fälle	4
Fehlende Fälle	0	Fehlende Fälle	0
t-test: $t = 0,42$; $df = 49$; $\alpha = .676$; $F = 1,08$; $\alpha = .736$			

Das Durchschnittsalter der Männer ($\bar{x} = 48,7 \text{ J.}$; $SD = 10,0$) und Frauen ($\bar{x} = 56,5 \text{ J.}$; $SD = 6,0$) der Station 12 differierte erheblich (Tabelle 33). Die *chronisch mehrfach geschädigten Frauen* sind im Schnitt 7,8 Jahre älter als die Männer dieser Station. Ein t-Test für unabhängige Stichproben ergibt einen signifikanten Unterschied ($t = -2,34$; $df = 45$; $\alpha = .024$).

Tabelle 33: Altersverteilungen der CMA (Station 12) nach Männern und Frauen getrennt

Männer		Frauen	
Mittelwert	48,7	Mittelwert	56,5
Median	49,0	Median	54,5
Standardabweichung	10,0	Standardabweichung	6,0
Minimum	26	Minimum	46
Maximum	63	Maximum	66
Gültige Fälle	37	Gültige Fälle	10
Fehlende Fälle	0	Fehlende Fälle	0
t-test: $t = -2,34$; $df = 45$; $\alpha = .024$; $F = 2,73$; $\alpha = .112$			

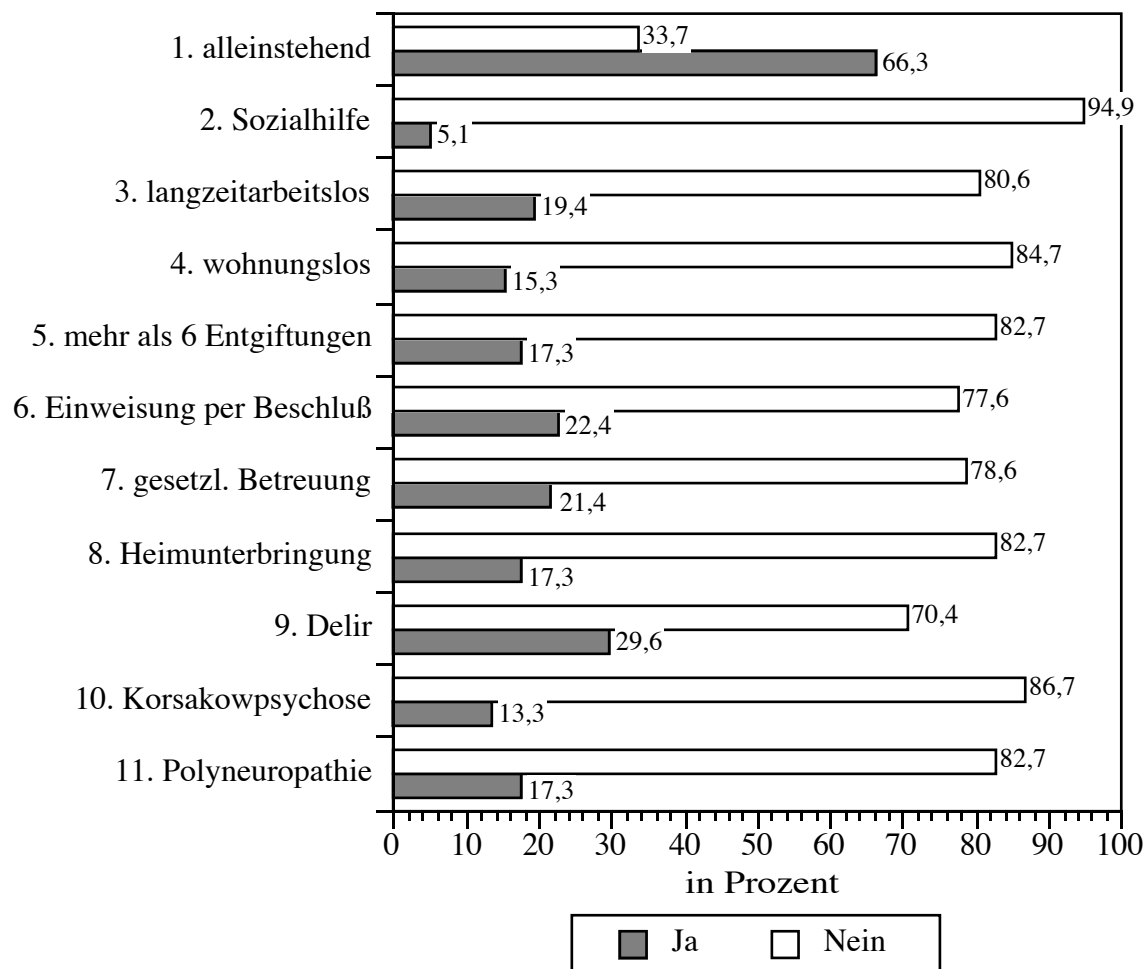
Die Braunschweiger Merkmalsliste

Die relativen Antworthäufigkeiten in den 11 Items bei der vorliegenden Stichprobe geben Tabelle 34 und Abbildung 25 wieder.

Tabelle 34: Absolute Häufigkeiten der Antworten in der Braunschweiger Merkmalsliste bei 98 Alkoholkranken der Fachabteilung Bad Rehburg

Items	JA-Antworten	NEIN-Antworten	missing
1. alleinstehend	65	33	0
2. Sozialhilfe	5	93	0
3. langzeitarbeitslos	19	79	0
4. wohnungslos	15	83	0
5. mehr als 6 Entgiftungen	17	81	0
6. Einweisung per Beschluß	22	76	0
7. gesetzl. Betreuung	21	77	0
8. Heimunterbringung	17	81	0
9. Delir	29	69	0
10. Korsakowpsychose	13	85	0
11. Polyneuropathie	17	81	0

Abbildung 25: Relative Häufigkeiten der Antworten in der Braunschweiger Merkmalsliste bei 98 Alkoholkranken der Fachabteilung Bad Rehburg



Im Vergleich zur Konstruktionsstichprobe (Abbildung 10) fallen die seltenen JA-Antworten in den Frage 2 (*Sozialhilfe*), 3 (*Langzeitarbeitslosigkeit*), 4 (*Wohnungslosigkeit*), 5 (*sechs Entgiftungen und mehr*) und 11 (*Polyneuropathie*) auf. Offenbar entfallen durch den Ausschluß von Verdachtsdiagnosen bei der Aktenanalyse viele Informationen, die bei der Befragung (Rating) der Behandler zur Verfügung stehen. Dies zeigt sich auch darin, daß Aspekte der Behandlungsvorgeschichte, die mit juristischen Konsequenzen verbunden sind - wie 6 (*Einweisung per Beschluß*) oder 7 (*gesetzliche Betreuung*) -, in der Aktenanalyse vermehrt dokumentiert werden. Generell bestätigt sich der Eindruck bei der Erhebung, daß das 'konservative' Antwortschema die Anzahl der JA-Antworten vermindert.

In Abbildung 26 und Tabelle 35 sind die Summenscores der *BML* aufgeführt. Sie sind mit einem Mittelwert von 2,4 ($SD = 2,0$) und einem Median von 2 rechtsschief verteilt, was auf die Überlagerung der zwei Verteilungen in Abbildung 26 hindeutet. Mehr als 57,1% der Patienten haben nur bis zu 2 JA-Antworten.

Abbildung 26: Häufigkeiten der Summenscores der Braunschweiger Merkmalsliste bei 98 Alkoholkranken der Fachabteilung Bad Rehburg

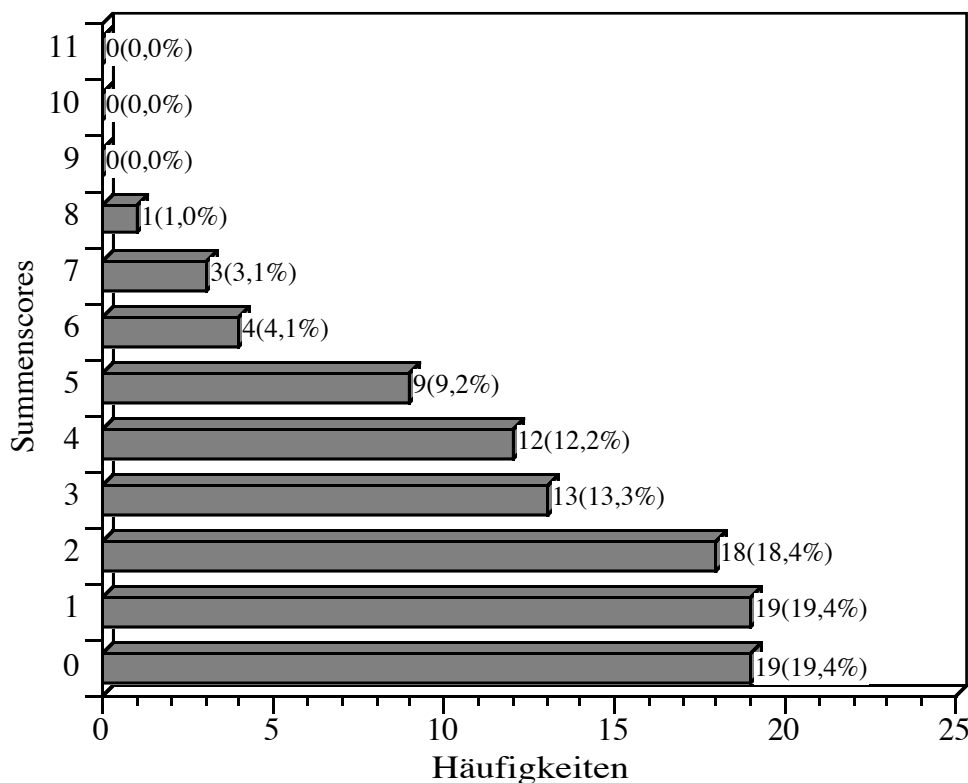
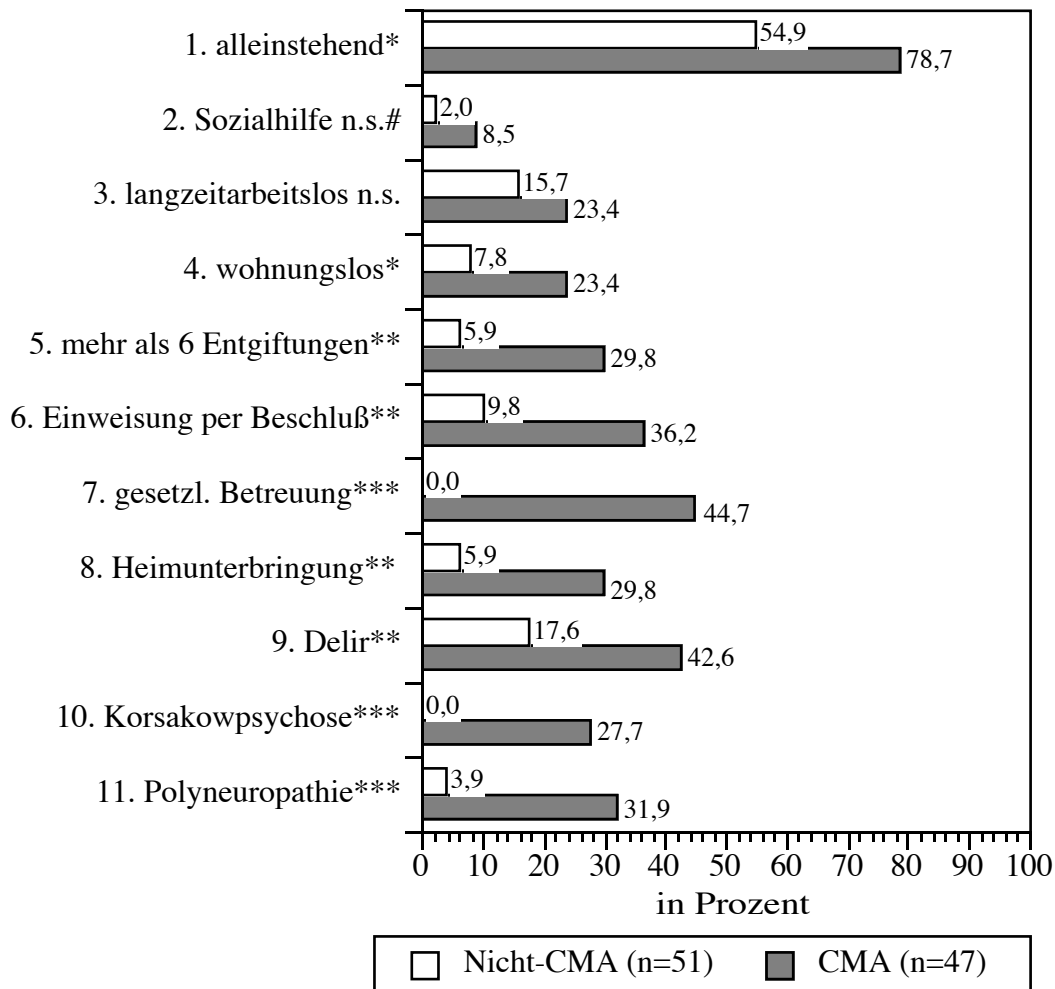


Tabelle 35: Parameter des Summenscores bei 98 Alkoholkranken des Fachabteilung Bad Rehburg

<i>Summenscore</i>			
Mittelwert	2,4	Maximum	8
Median	2,0	Gültige Fälle	98
Standardabweichung	2,0	Fehlende Fälle	0
Minimum	0		

Betrachtet man die relativen Häufigkeiten der JA-Antworten nach Chronikergruppen getrennt, so haben die Patienten von Station 12 (CMA) in allen 11 Items mehr JA-Antworten als die Entwöhnungspatienten von Station 15 (Nicht-CMA [Abbildung 27]).

Abbildung 27: Relative Häufigkeiten der Ja-Antworten in den beiden Gruppen Alkoholkranker des Fachabteilung Bad Rehbург (n=98)



Anmerkung: * signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .05$) im χ^2 -Test; ** sehr signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .01$) im χ^2 -Test; *** höchst signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .001$) im χ^2 -Test; # Signifikanzwert nach Fisher's-Exact-Test (einseitig), da > 20% der Zellen erwartete Häufigkeiten < 5

Bis auf die Items 2 (*Sozialhilfe*) und 3 (*Langzeitarbeitslosigkeit*) sind die JA-Antworten in den neun übrigen Items im χ^2 -Test signifikant ($\alpha \leq .05$) häufiger bei den *chronischen* Patienten der Station 12 als bei den Entwöhnungspatienten der Station 15. Besonders hoch signifikant sind die Unterschiede in den Items 7 (*gesetzliche Betreuung*), 10 (*Korsakowpsychose*) und 11 (*Polyneuropathie*) mit einem $\alpha < .001$.

Addiert man diese Häufigkeiten zu einem Summenscore, ergibt sich deutlich die Trennung der beiden Patientengruppen (Abbildung 28, Tabelle 36).

Abbildung 28: Absolute Häufigkeiten der Summenscores der Braunschweiger Merkmalsliste in den zwei Gruppen von Alkoholkranken der Fachabteilung Bad Rehburg

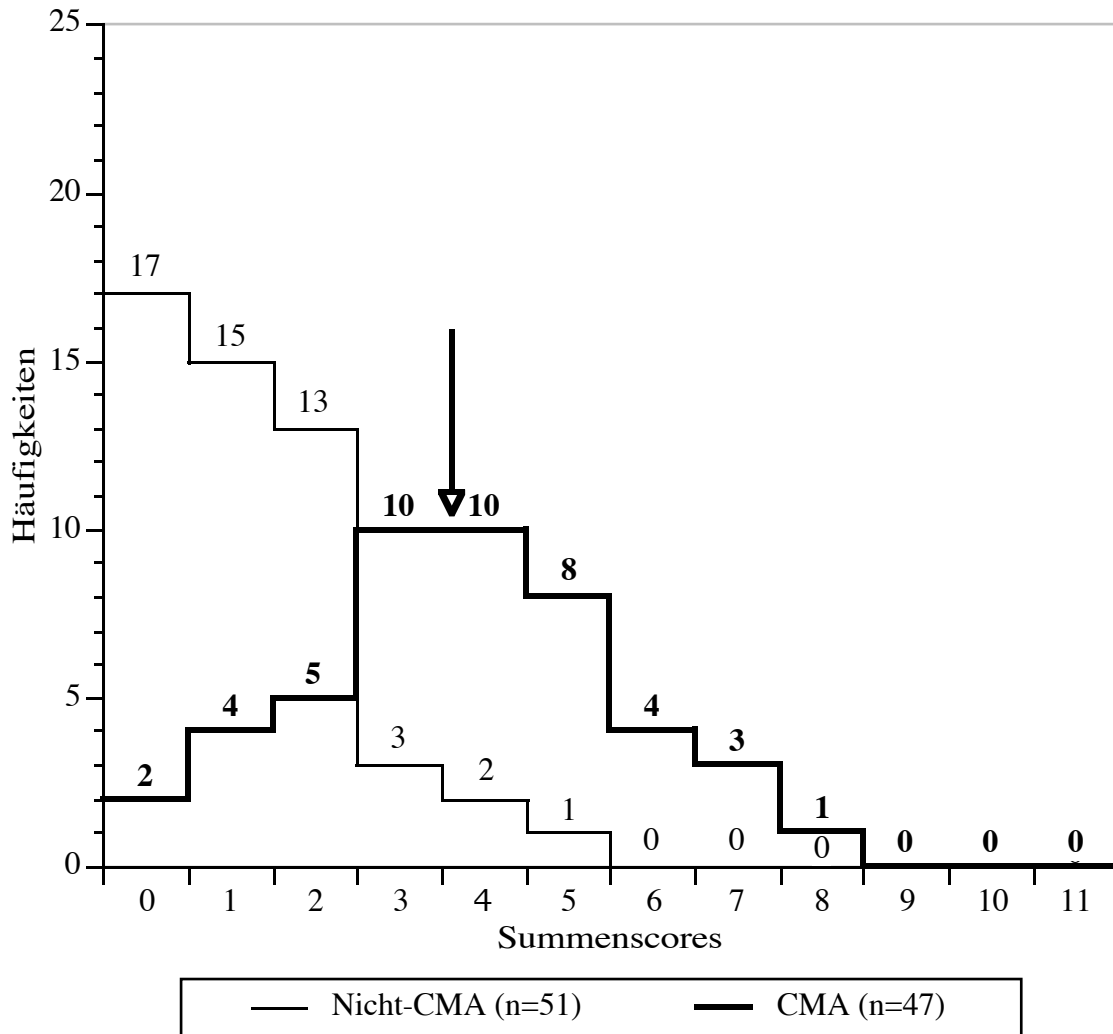


Tabelle 36: Parameter des Summenscores der Braunschweiger Merkmalsliste nach Nicht-CMA und CMA getrennt

<i>Summenscore der Nicht-CMA</i>		<i>Summenscore der CMA</i>	
Mittelwert	1,2	Mittelwert	3,8
Median	1,0	Median	4,0
Standardabweichung	1,2	Standardabweichung	1,9
Minimum	0	Minimum	0
Maximum	5	Maximum	8
Gültige Fälle	51	Gültige Fälle	47
Fehlende Fälle	0	Fehlende Fälle	0
t-test: $t = 7,85$; $df = 77,46$; $\alpha = .000$; $F = 2,41$; $\alpha = .003$			

Wie weiter oben bereits erwähnt besteht die Häufigkeitsverteilung in Abbildung 26 aus zwei Verteilungen, die nun sichtbar werden. Die linksschiefe Verteilung der *Nicht-CMA* mit ihrem Mittelwert von 1,2 JA-Antworten ($SD = 1,2$) fällt ab einem Summenscore von 3 rapide ab (Abbildung 28). Nur noch 12% (6/51) der *Nicht-CMA* haben 3 oder mehr JA-

Antworten. Genauso deutlich steigt die symmetrische Verteilung der *CMA* ab dem Wert 3 an und fällt erst ab dem Summenscore von 6 wieder ab. Der Mittelwert dieser Patientengruppe beträgt 3,8 JA-Antworten ($SD = 1,9$) und liegt damit gut dreimal höher als der der Patienten von Station 15. Die Hypothese der Varianzhomogenität der beiden Verteilungen mußte bei einem F-Wert von 2,41 ($\alpha = .003$) zurückgewiesen werden. Die Mittelwertsdifferenz beträgt 2,5 und ist im t-Test für unabhängige Stichproben höchst signifikant ($t = -7,85$; $df = 77,46$; $\alpha < .001$). Auch im Vergleich zur Konstruktions- und Merxhausener Stichprobe liegt der durchschnittliche Summenscore der *Nicht-CMA* in Bad Rehburg mit 1,2 um durchschnittlich 0,5 JA-Antworten niedriger. Dies wird verständlich, wenn man bedenkt, daß die Rehburger *Nicht-CMA* eine Selektion von Alkoholkranken darstellen, für die bereits ein Antragsverfahren für eine Entwöhnungsbehandlung läuft. Die Rehburger *CMA* erreichen mit einem durchschnittlichen Summenscore von 3,8 (ähnlich viele JA-Antworten wie die Merxhausener *CMA*). Beide Untergruppen liegen mit ihren Summenscores aber um durchschnittlich vier Punkte niedriger als die *CMA* der Konstruktionsstichprobe ($\bar{x} = 6,7$).

Trennwert

Das Validitätskriterium bei dieser Stichprobe war die Stationszugehörigkeit als Indikator für die spezielle Behandlungsbedürftigkeit. Nach der Stationszugehörigkeit sind 47 Patienten (48%) als *chronisch mehrfach geschädigt* zu betrachten. Von diesen werden 26 durch den Cut off von ≥ 4 identifiziert, was einer Sensitivität von nur .55 entspricht (Tabelle 37).

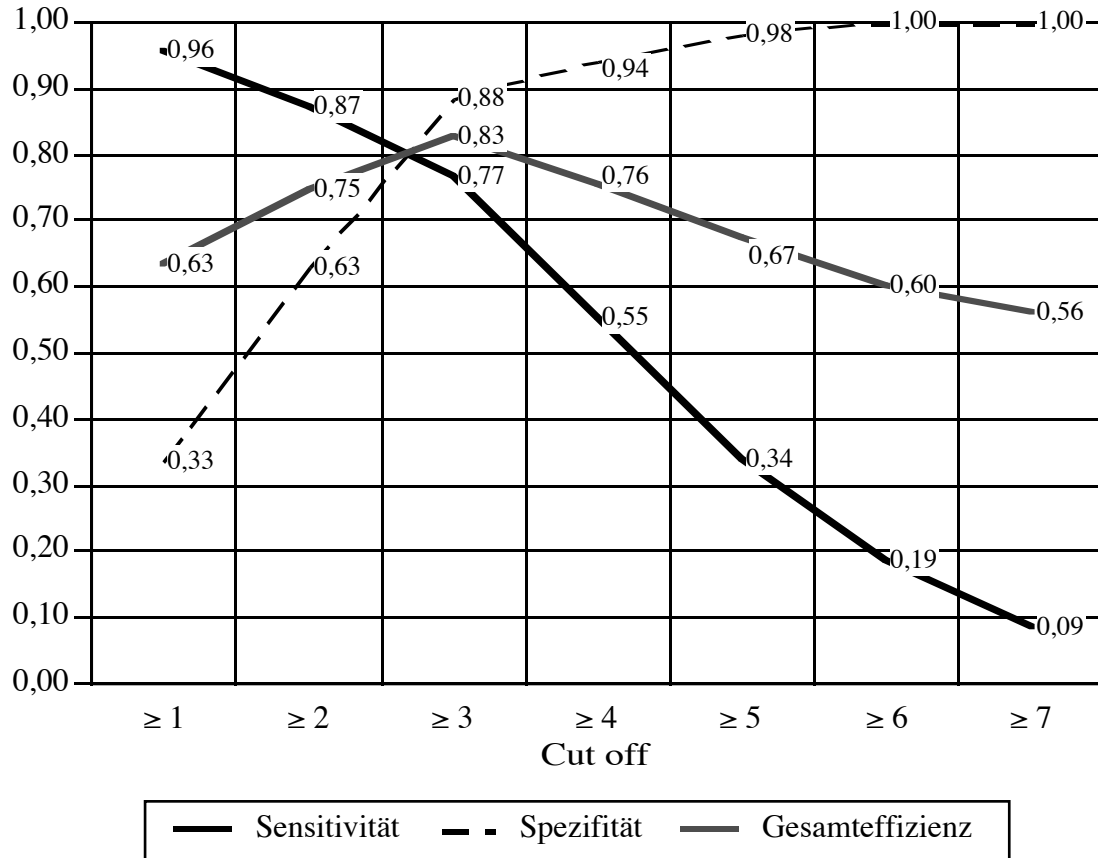
Tabelle 37: Sensitivität, Spezifität und Gesamteffizienz der Braunschweiger Merkmalsliste

<i>Trennwert</i>	Stationszugehörigkeit		Σ	<i>Sensitivität</i>	<i>Spezifität</i>	<i>Gesamteffizienz</i>
	<i>Station 15</i> <i>CMA</i>	<i>Station 12</i> <i>Nicht-CMA</i>				
0 - 3	21	48	69	0,553	0,941	0,755
≥ 4	26	3	29			
n	47	51	98			

Die *BML* identifiziert also 55% der 'wahren' Fälle. Von den Nicht-Fällen werden dagegen 94% richtig identifiziert (Spezifität .94). Die Fehlklassifizierung liegt bei 24% (Gesamteffizienz .76). Die Prüfung der Kreuztabelle (Tabelle 37) mit dem χ^2 -Test ergibt mit $\chi^2 = 28,69$ ($df = 1$) höchst signifikante Unterschiede in den Häufigkeitsverteilungen ($\alpha < .001$). Der Zusammenhang zwischen Validitätskriterium (Station) und Trennwert beträgt $\Phi = .54$ ($\alpha < .001$). In Abbildung 29 sind noch einmal verschiedene Validitätsparame-

ter der *BML* bei unterschiedlichen Trennwerten für die Bad Rehburger Stichprobe graphisch dargestellt.

Abbildung 29: Eigenschaften verschiedener Trennwerte der Braunschweiger Merkmalsliste in der Stichprobe der Fachabteilung Bad Rehburg



Die angegebenen Kennwerte zeigen, daß die Summenscores der *BML* die Chronikergruppen deutlich und signifikant voneinander trennen, daß der Cut off von ≥ 4 aber in dieser Stichprobe nicht replizierbar war. Die Zuweisung auf eine Spezialstation für Alkoholabhängige mit hirnorganischer Erkrankung deckt sich offenbar nur teilweise mit der inhaltlichen Definition chronischer Mehrfachschädigung in der *BML*. Einen weiteren Einfluß könnte die Datenerhebung via Aktenanalyse haben. Die letztgenannten Ergebnisse beruhen auf der Analyse schriftlicher Unterlagen, die sich - in Hinblick auf die interessierende Fragestellung - als weniger ergiebig erwiesen als die Einschätzungen der beteiligten Behandler. Es ist möglich, daß hinsichtlich interessierender Merkmale im Zuge der Dokumentation ein gewisser Informationsverlust entsteht. Dies läßt sich an der geringen Anzahl von positiven Nennungen in Abbildung 25 erkennen. Trotz dieser Einschränkungen war es möglich, mit der *BML* eine effiziente Trennung der beiden Patientengruppen nachzuweisen. Den divergierenden Ergebnissen hinsichtlich des Cut-off-Wertes von ≥ 4 sollte mit der Einschränkung, das Instrument zukünftig nur für die direkte Befragung der Behandler zu verwenden, Rechnung getragen werden.

12. Konstruktions- und Validierungstichproben in Übersicht

Die wesentlichen sozio-demographischen Merkmale der drei Stichproben sind in der Tabelle 38 noch einmal im Zusammenhang dargestellt. Es fällt auf, daß die drei Stichproben hinsichtlich des Durchschnittsalters, der Geschlechtsverteilung und des Anteils an CMA verschieden sind. Die Konstruktionsstichprobe weist mit 47,7 Jahren das höchste Durchschnittsalter und mit 24% den größten Frauenanteil auf.

Tabelle 38: Stichprobenübersicht

	Konstruktions- stichprobe		Merxhausener Stichprobe		Bad Rehburger Stichprobe	
N	247		52		98	
Alter \bar{x} (SD)	47,7 J. (10,7)		39,9 J. (9,1)		45,5 J. (10,7)	
Männer/Frauen	76,0%	24,0%	82,0%	18,0%	85,7%	14,3%
CMA-Kriterium	Extremgruppe		Oberarzttrating		Stationszuweisung	
CMA-Anteil	26,3%		42,3%		48,0%	
	CMA	Nicht-CMA	CMA	Nicht-CMA	CMA	Nicht-CMA
Alter \bar{x} (SD)	51,4 J. (10,2)	44,0 J. (11,2)	40,7 J. (8,9)	39,3 J. (9,4)	52,4 J. (9,7)	42,9 J. (9,5)
Männeranteil	81,5%	74,0%	72,7%	85,7%	78,7%	92,2%
Summenscores \bar{x} (SD)	6,7 (2,3)	1,7 (1,5)	3,5 (1,7)	1,7 (1,5)	3,8 (1,9)	1,2 (1,2)

In der Übersicht wird deutlich, daß der Anteil der CMA zwischen 26,3% in der Konstruktionsstichprobe, 46,2% in der Merxhausener und 48,0% in der Bad Rehburger Stichprobe variiert. Neben vermutlich demographischen Unterschieden (z.B. Stadt - Land), die in der Untersuchung nicht kontrolliert wurden, differieren die Stichproben außerdem hinsichtlich der Kriterien für chronische Mehrfachschädigung (Extremgruppenbildung, Oberarzttrating, Stationszuweisung) und der Art der Datenerhebung (Rating - Aktenanalyse). In allen drei Stichproben liegen die durchschnittlichen Summenscores der BML in t-Tests für unabhängige Stichproben für die CMA signifikant höher als für die Nicht-CMA derselben Institution.

Die Unterschiede bleiben auch im direkten Mittelwertsvergleich aller sechs Stichproben mit Hilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse (Tabelle 39) bestehen. Die Voraussetzung der Normalverteilung ist nur bedingt (s. Anmerkung Tabelle 39), die der Varianzhomogenität überhaupt nicht erfüllt (Bartlett Box $F = 6,015$, $\alpha < .001$). Zudem unterscheiden sich die untersuchten Gruppen stark in ihrem Umfang. Nach Angaben von Bortz (1993) und Kähler (1993) ist die Varianzanalyse aber bei hinreichend großen Gruppen robust gegenüber Verletzungen ihrer Voraussetzungen. Dies wird im vorliegenden Fall unterstellt.

Tabelle 39: Einfaktorielle Varianzanalyse der Summenscores der *Braunschweiger Merkmalsliste* in der Konstruktions- und den Validierungsstichproben

Quelle der Variation	Freiheitsgrade	Quadratsummen	durchschnittliche Varianz	F-Wert	F-Wahrscheinlichkeit		
zwischen den Gruppen	5	1401.9669	280.3934	97.9144	.0000		
innerhalb der Gruppen	391	1119.6906	2.8637				
Gesamtvarianz	396	2521.6574					
Bartlett-Box F	6.015	P =.000					
(*) Gruppenpaare, die im Scheffé-Test auf 1%-Niveau signifikant verschieden voneinander sind							
		G	G	G	G	G	G
		r	r	r	r	r	r
		p	p	p	p	p	p
Mittelwert	Gruppe	5	3	1	4	6	2
1.2353	Grp 5 [#]						Nicht-CMA Bad Rehburg
1.6786	Grp 3						Nicht-CMA Merxhausen
1.7308	Grp 1 [#]						Nicht-CMA Konstruktionsstichprobe
3.5417	Grp 4	*	*	*			CMA Merxhausen
3.7660	Grp 6	*	*	*			CMA Bad Rehburg
6.6769	Grp 2	*	*	*	*	*	CMA Konstruktionsstichprobe

Anmerkung: [#] Summenscores im Kolmogorov-Smirnov-Test nicht normalverteilt

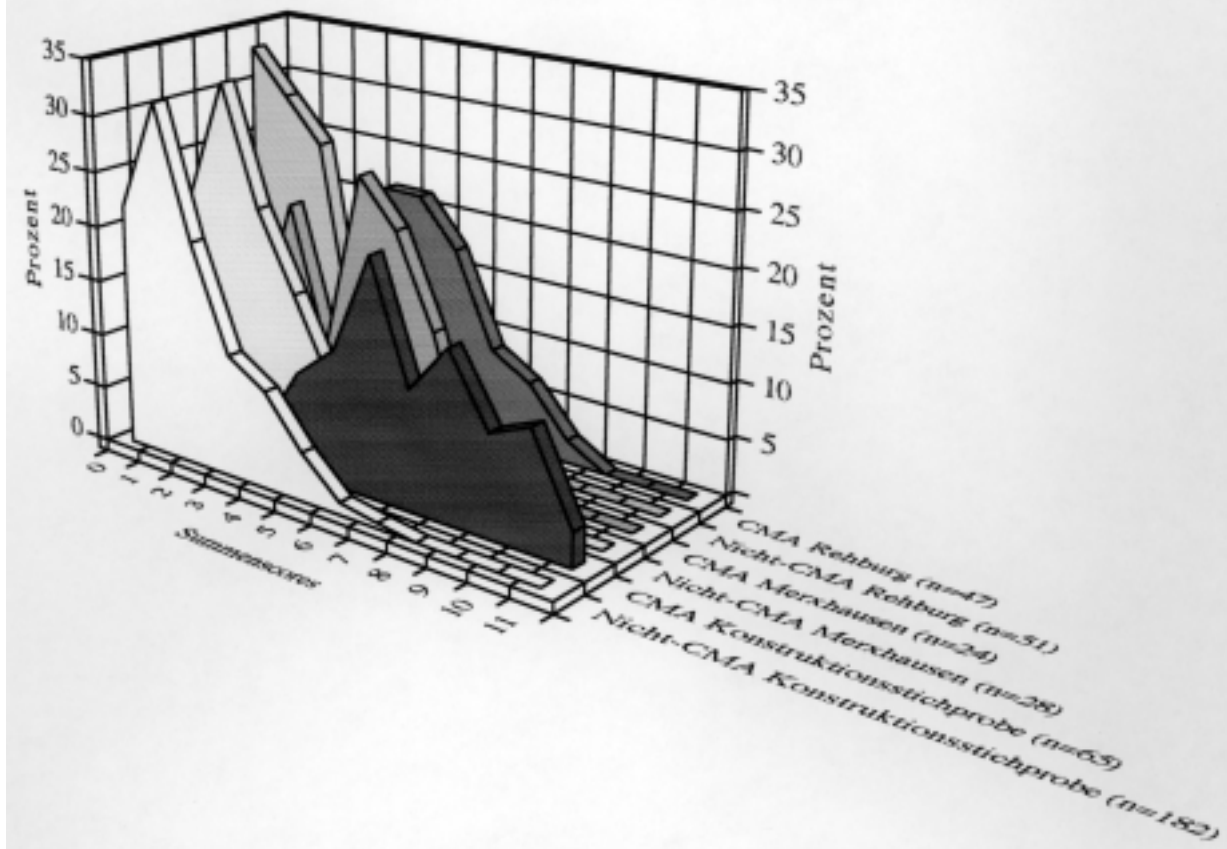
Der F-Wert von $F = 97,91$ belegt, daß die abhängige Variable Summenscore in den sechs Gruppen höchst signifikant ($\alpha < .001$) ungleich verteilt ist. Der Scheffé-Test für den Einzelvergleich der Mittelwerte weist aus, daß sich die CMA-Gruppen (Grp 2, 4, 6) mit ihren Mittelwerten ($\bar{x}_{\text{Konstruktionsstichprobe}} = 6,7$; $\bar{x}_{\text{Merxhausen}} = 3,5$; $\bar{x}_{\text{Bad Rehburg}} = 3,8$) auf 1%-Niveau signifikant von den Mittelwerten der Nicht-CMA (Grp 1, 3, 5 [$\bar{x}_{\text{Konstruktionsstichprobe}} = 1,7$; $\bar{x}_{\text{Merxhausen}} = 1,7$; $\bar{x}_{\text{Bad Rehburg}} = 1,2$]) unterscheiden. Außerdem wird deutlich, daß sich innerhalb der CMA-Gruppe der Mittelwert der CMA der Konstruktionsstichprobe ($\bar{x}_{\text{Konstruktionsstichprobe}} = 6,7$) signifikant ($\alpha = .01$) von den CMA aus Merxhausen und Bad Rehburg ($\bar{x}_{\text{Merxhausen}} = 3,5$; $\bar{x}_{\text{Bad Rehburg}} = 3,8$) unterscheidet. Berechnet man η^2 über

$$\eta^2 = \frac{\text{Quadratsumme}_{\text{zwischen den Gruppen}}}{\text{Quadratsumme}_{\text{Gesamt}}} \quad (\text{Bortz, 1993, S. 232}),$$

so ergibt sich ein Wert von $\eta^2 = .556$. Dies bedeutet, daß durch die Gruppeneinteilung 55,6% der Gesamtvarianz aufgeklärt werden kann.

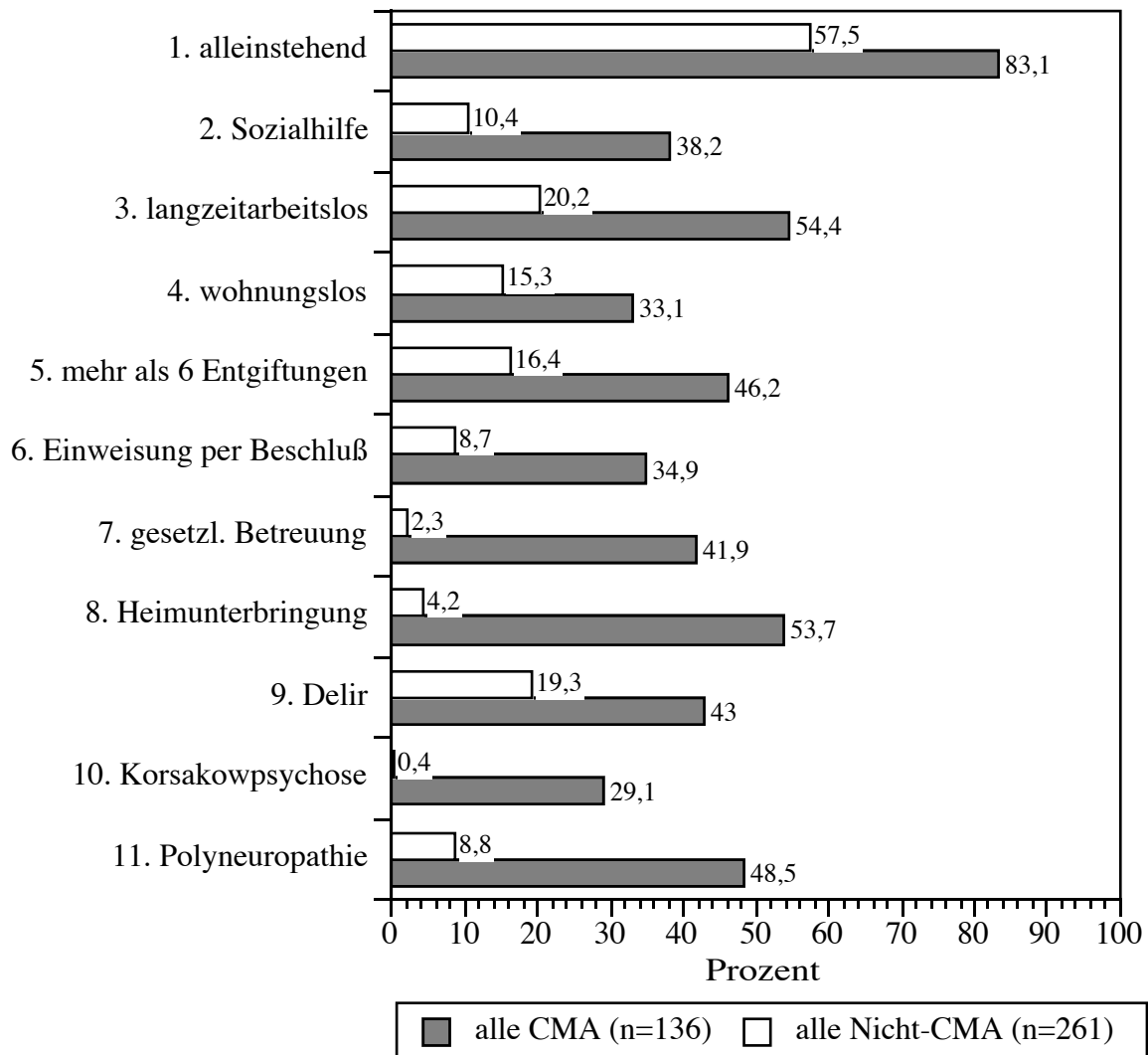
Die Summenscores der sechs Untergruppen stellen sich wie in Abbildung 30 graphisch dar.

Abbildung 30: Summenscores aller sechs Chroniker-/Nicht-Chronikergruppen im Überblick



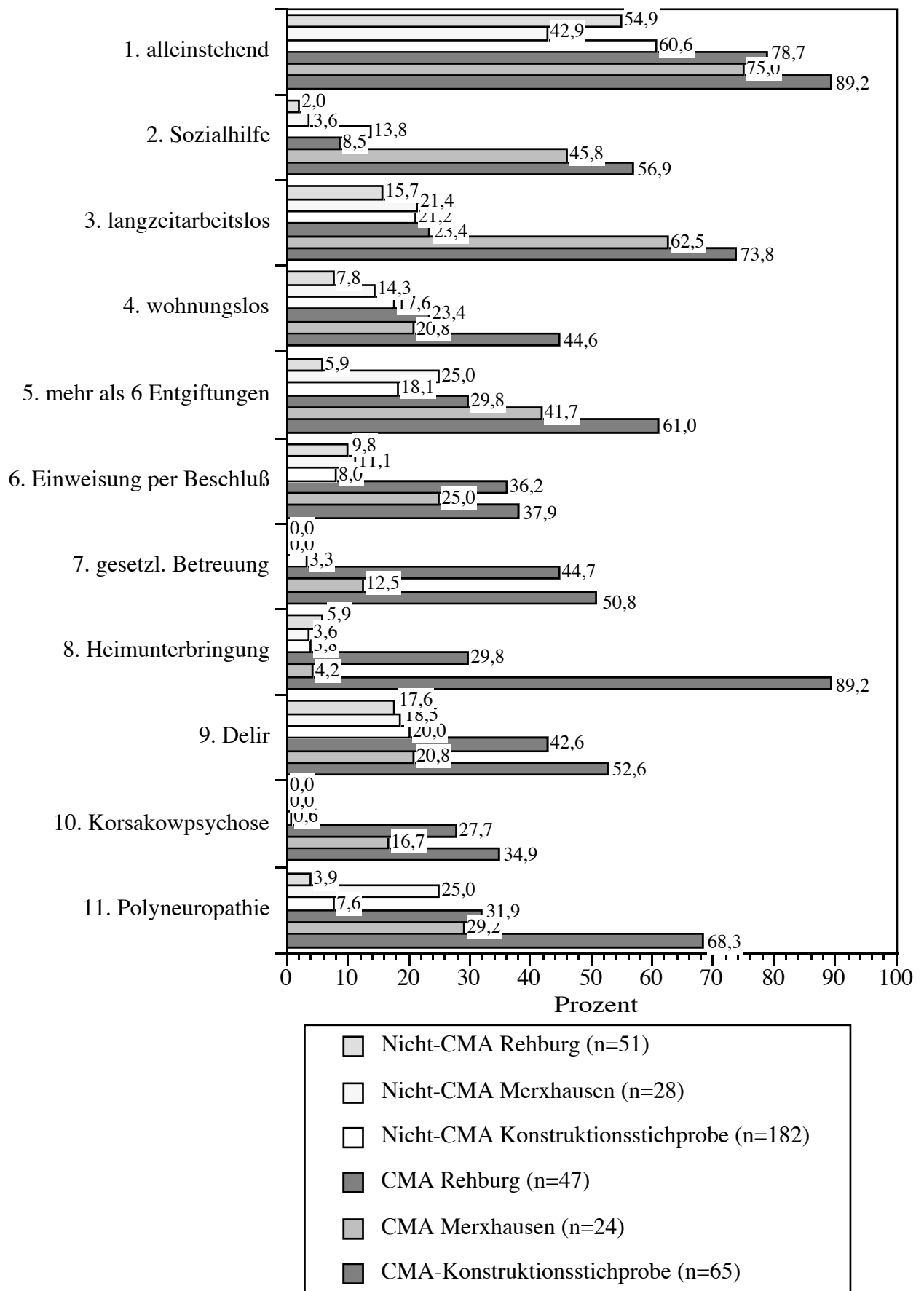
Gruppenunterschiede zeigen sich - neben den Summenscores - auch auf der Ebene der Einzelitems. Faßt man die *CMA*- und *Nicht-CMA*-Gruppen zusammen (Abbildung 31), werden die 11 Items der *BML* deutlich häufiger für die *CMA* mit JA beantwortet als für die *Nicht-CMA*.

Abbildung 31: Relative Häufigkeiten der Ja-Antworten der drei CMA- und Nicht-CMA-Gruppen der Konstruktions-, der Merxhausener und der Bad Rehburger Stichprobe



Diese Befunde bleiben - wenn auch nicht so ausgeprägt - bestehen, wenn man die JA-Antworten in allen sechs Untergruppen aufführt (Abbildung 32). In neun der elf Items liegt der Prozentsatz der JA-Antworten bei den CMA-Gruppen höher als bei den Nicht-CMA (*1 alleinstehend, 3 langzeitarbeitslos, 4 wohnungslos, 5 mehr als sechs Entgiftungen, 6 Einweisung per Beschluß, 7 gesetzliche Betreuung, 9 Delir, 10 Korsakowpsychose, 11 Polyneuropathie*). Unter den Nicht-CMA der Konstruktionsstichprobe ist dagegen der Sozialhilfebezug (2) mit 13,8% relativ hoch bzw. der Prozentsatz mit 8,5% unter den Rehburger CMA verhältnismäßig gering. Beides könnte mit regionalen Besonderheiten zusammenhängen, da die Konstruktionsstichprobe aus großstädtischen, die Rehburger Stichprobe aus einem ländlichen Einzugsgebiet stammt. Das zweite Item mit ungewöhnlicher Häufigkeitsverteilung ist die *Heimunterbringung* (8), die bei den Merxhausener CMA mit 4,2% sehr selten ist. Durch die Verwendung dieses Items als Gruppierungsvariable sind die Häufigkeiten in der Konstruktionsstichprobe künstlich erhöht. Da die Heimunterbringung nicht nur vom

Abbildung 32: Relative Häufigkeiten der Ja-Antworten nach CMA- und Nicht-CMA-Gruppen getrennt aufgeführt (n=397)



Zustand des Betroffenen, sondern auch vom komplementären Versorgungsangebot abhängt, scheinen sich in diesem Item regionale Versorgungsunterschiede speziell zwischen Merxhausen und Bad Rehburg anzudeuten.

Vergleicht man die Häufigkeitsverteilungen zwischen *CMA* und *Nicht-CMA* der einzelnen Stichproben mittels χ^2 -Test, ergeben sich systematische und zumeist höchst signifikante Unterschiede (Tabelle 40). In der Merxhausener Stichprobe kommt es allerdings wegen der relativ geringen Fallzahl (n=52) in verschiedenen Kreuztabellen zu Unterbesetzungen der Zellen mit erwarteten Häufigkeiten < 5. Es ist anhand der χ^2 -Werte nachvollziehbar, daß die Häufigkeitsunterschiede in den Stichproben der Kreuzvalidierung nicht so hoch ausfallen wie in der Konstruktionsstichprobe.

Tabelle 40: Stichprobenübersicht der χ^2 -Ergebnisse in den 11 Items der *Braunschweiger Merkmalsliste*

	Konstruktions- stichprobe (CMA/Nicht-CMA)	Merxhausener Stichprobe (CMA/Nicht-CMA)	Bad Rehburger Stichprobe (CMA/Nicht-CMA)
JA-Antworten	χ^2	χ^2	χ^2
1. alleinstehend	18,1***	5,5*	6,2*
2. Sozialhilfe	47,2***	13,0***	2,7#
3. langzeitarbeitslos	57,8***	9,1**	0,9
4. wohnungslos	18,8***	0,4#	4,6*
5. > 6 Entgiftungen	39,8***	1,6	9,7**
6. Einweisung p.Beschluß	29,9***	1,7#	9,8**
7. gesetzliche Betreuung	81,2***	3,7#	29,0***
8. Heimunterbringung	180,1***	0,0#	9,7**
9. Delir	22,2***	0,0#	7,3**
10. Korsakowpsychose	63,6***	5,1*#	16,3***
11. Polyneuropathie	93,6***	0,1	13,4***

Anmerkung: * signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .05$) im χ^2 -Test; ** sehr signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .01$) im χ^2 -Test; *** höchst signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .001$) im χ^2 -Test; # Signifikanzwert nach Fisher's-Exact-Test (einseitig), da > 20% der Zellen erwartete Häufigkeiten < 5

13. Reliabilität

Als einfachstes Übereinstimmungsmaß kann der Prozentsatz der Übereinstimmung gelten, in den Zufallseffekte mit eingehen. Auch der Korrelationskoeffizient (Φ) ist nach Angaben von Semler (1990) mit Einschränkungen behaftet. Der Autor schlägt daher als Maß den Kappa-Koeffizienten

$$\kappa = \frac{p_o - p_c}{1 - p_c},$$

wobei p_o für das Ausmaß der beobachteten Übereinstimmung und p_e für die auf Grund der relativen Diagnosehäufigkeit zu erwartende Übereinstimmung ist.

Für eine zufällige Auswahl von 30 der 109 Alkoholkranken des Psychiatrischen Krankenhauses GILEAD IV (s. Kapitel 9) wurde - nach der klinischen Einschätzung der Chronizität durch die Stationsärzte - ein zweiter Merkmalsbogen von den Oberärzten der Abteilung ausgefüllt. Dieser ermöglichte die Berechnung der Übereinstimmung (Interrater-Reliabilität) mit den Stationsarzttratings (Tabelle 41).

Tabelle 41: Interrater-Reliabilität der *Braunschweiger Merkmalsliste* zwischen Stations- und Oberarzttratings bei 30 Alkoholkranken der Psychiatrischen Klinik GILEAD IV

<i>Items</i>	<i>Anzahl der Übereinstimmungen</i>	χ^2	<i>df</i>	Φ	κ
1. alleinstehend	83,3 % (25/30)	12,8***#	1	.65***	.64
2. Sozialhilfe	83,3 % (25/30)	8,7*#	1	.54**	.52
3. langzeitarbeitslos	89,7 % (26/29)	16,5***#	1	.75***	.75
4. wohnungslos	86,7 % (26/30)	15,8***#	1	.73***	.69
5. mehr als 6 Entgiftungen	96,7 % (29/30)	26,2***	1	.93***	.93
6. Einweisung per Beschluß	82,8 % (24/29)	12,3***	1	.65***	.65
7. gesetzliche Betreuung	96,7 % (29/30)	24,6***#	1	.91***	.90
8. Heimunterbringung	93,3 % (28/30)	21,3***#	1	.84***	.83
9. Delir	76,7 % (23/30)	10,4***#	1	.59**	.52
10. Korsakowpsychose	96,7 % (29/30)	⊗			
11. Polyneuropathie	90,0 % (27/30)	13,5***#	1	.67***	.67
				$\bar{\Phi} = .73$	$\bar{\kappa} = .67$

Anmerkungen: * signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .01$) im χ^2 -Test, ** sehr signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .01$) im χ^2 -Test; *** höchst signifikante Häufigkeitsunterschiede ($\alpha \leq .001$) im χ^2 -Test; # Signifikanzwert nach Fisher's-Exact-Test (einseitig), da > 20% der Zellen erwartete Häufigkeiten < 5 ; ⊗ nur eine von vier Zellen mit Häufigkeiten besetzt

Die prozentualen Übereinstimmung in den Einzelitems liegen - bis auf Frage 9 (*Delir*) - mit 83 bis 97% recht hoch. Die Interraterkorrelation variiert zwischen $\Phi_{min} = .54$ und $\Phi_{max} = .91$. Die Zusammenhänge schwächen sich vor allem in den sozialen Fragen und dem Item *Delir* etwas ab, was vermutlich durch unterschiedliche diagnostische Sicherheit und unterschiedliche Akzentuierung relevanter Fakten zwischen Stations- und Oberärzten begründet ist. Der zufallsbereinigte kappa-Koeffizient reicht von $\kappa_{min} = .52$ bis $\kappa_{max} = .93$. Besonders hohe Übereinstimmungen weisen die Fragen zur Behandlungsgeschichte auf - ein Fragenbereich, der vermutlich für oberärztliche Behandlungsentscheidungen wesentlich ist. Semler (1990) bewertet in Anlehnung an Landis & Koch (1977) Kappa-Werte zwischen .40 bis .60 als akzeptabel, Werte von .60 bis .75 als gut und darüber hinausreichende

Übereinstimmungen als sehr gut. Mit einem $\bar{\kappa} = .67$ kann die durchschnittliche Übereinstimmung daher als durchaus gut angesehen werden.

14. Einzelprofile chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker

Nach den gruppenstatistischen Ergebnissen soll zum Abschluß des Ergebnisteils eine individuelle Beschreibung der Alkoholkranken folgen, die einen Summenscore von ≥ 4 aufweisen. Um Zirkelschlüsse zu vermeiden, wurden für die Darstellung der individuellen Störungsmuster nur die CMA (≥ 4) der beiden Kreuzvalidierungen berücksichtigt. Die Konstruktionsstichprobe blieb unberücksichtigt.

Von den insgesamt 150 Patienten aus Merxhausen und Bad Rehburg identifiziert die BML 46 (30,7%) als *chronisch mehrfach geschädigt alkoholkrank*. Das Durchschnittsalter dieser Patienten liegt mit 46,4 Jahren relativ hoch. Der Frauenanteil ist mit 13,6% gering.

Von den Patienten sind:

89,1%	alleinstehend
30,4%	beziehen Sozialhilfe
54,3%	sind langzeitarbeitslos
45,7%	haben keine eigene Wohnung
43,5%	haben schon mehr als 6 Entgiftungen hinter sich
41,3%	sind schon einmal per richterlichem Beschluß eingewiesen worden
37,0%	haben oder hatten bereits ein gesetzliches Betreuungsverhältnis
34,8%	sind in einem Heim untergebracht
44,4%	haben bereits ein Delir erlebt
32,6%	eine Korsakowpsychose
39,1%	eine Polyneuropathie.

Mit 11 Items ergeben sich maximal 2^{11} (2.048) Kombinationsmöglichkeiten in der BML. Durch die vorliegenden Stichproben und ihre Umfänge wird nur ein sehr geringer Teil möglicher Störungskombinationen abgedeckt. Auf den Versuch einer Typologisierung aufgrund von Itemmustern wird daher verzichtet. Trotzdem kann über die Fragenbereiche des Merkmalsbogens (SOZIALE SITUATION, BEHANDLUNGSVORGESCHICHTE, PSYCHIATRISCH-NEUROLOGISCHER BEFUND) ein gewisser Überblick über individuelle Störungsschwerpunkte erfolgen.

In Tabelle 42 sind die 46 Patienten mit ihren individuellen Störungsmustern aufsteigend sortiert nach Summenscores, Geschlecht und Alter aufgeführt. Es fällt auf, daß der Summenscore bei dieser CMA-Gruppe nur einen maximalen Wert von 8 erreicht und sich ein Großteil der JA-Antworten (Beeinträchtigungen) auf alle drei Fragenbereiche (SOZIALE SITUATION, BEHANDLUNGSVORGESCHICHTE, PSYCHIATRISCH-NEUROLOGISCHER BEFUND) verteilt. Von den 46 Patienten besitzen 37 Störungen in allen drei Bereichen, acht (Nr. 4, 5, 6, 15, 16, 17, 24, 34) in zwei Bereichen und ein Patient (Nr. 10) nur in einem Be-

Tabelle 42: Itemmuster bei 46 CMA der beiden Validierungsstichproben definiert als ≥ 4 JA-Antworten in der *Braunschweiger Merkmalsliste*

lfd. Nr.	Geschlecht	Alter	Summenscore	SOZIALE SITUATION	BEHANDLUNGS-VORGESCHICHTE	PSYCHIAT./NEUROL. BEFUND
1	weiblich	38	4	2	1	1
2	weiblich	53	4	1	2	1
3	weiblich	54	4	2	1	1
4	weiblich	56	4	3	0	1
5	männlich	29	4	2	2	0
6	männlich	29	4	3	1	0
7	männlich	33	4	2	1	1
8	männlich	35	4	1	2	1
9	männlich	36	4	1	2	1
10	männlich	40	4	4	0	0
11	männlich	41	4	2	2	0
12	männlich	46	4	2	1	1
13	männlich	52	4	1	2	1
14	männlich	53	4	1	2	1
15	männlich	54	4	2	2	0
16	männlich	55	4	2	2	0
17	männlich	57	4	3	1	0
18	männlich	58	4	1	1	2
19	männlich	59	4	1	2	1
20	männlich	63	4	1	1	2
21	weiblich	37	5	1	2	2
22	weiblich	54	5	1	1	3
23	missing	missing	5	3	1	1
24	männlich	36	5	3	0	2
25	männlich	36	5	4	1	0
26	männlich	37	5	4	1	0
27	männlich	38	5	1	2	2
28	männlich	42	5	4	0	1
29	männlich	42	5	1	2	2
30	männlich	44	5	2	1	2
31	männlich	44	5	2	2	1
32	männlich	59	5	2	2	1
33	männlich	63	5	2	2	1
34	männlich	missing	5	4	1	0
35	missing	missing	6	4	1	1
36	männlich	27	6	2	3	1
37	männlich	45	6	3	2	1

38	männlich	46	6	2	2	2
39	männlich	46	6	2	3	1
40	männlich	48	6	1	2	3
41	männlich	57	6	2	3	1
42	männlich	missing	6	3	1	1,5
43	männlich	48	7	2	3	2
44	männlich	49	7	3	2	2
45	männlich	60	7	2	3	2
46	männlich	49	8	4	1	3

Anmerkung: * Dezimalzahlen: missing data enthalten

reich (Tabelle 42). Der Bereich SOZIALE SITUATION fehlt bei keinem der Patienten, was auf den hohen Anteil Alleinstehender zurückzuführen ist. Bis auf fünf sind alle übrigen Patienten (89,1%) alleinstehend. In dieser Anordnung kommen Frauen mit zunehmenden Summenscores (stärker Beeinträchtigte) nicht mehr vor. In Tabelle 43 sind zum Vergleich die Störungsmuster der CMA der Konstruktionsstichprobe dargestellt, die einen Summenscore ≥ 4 aufweisen. Diese 60 Patienten sind durchschnittlich fünf Jahre älter ($\bar{x} = 51,0 J.$) älter und die Beeinträchtigungen sind deutlich schwerer. So wird z. B. bei dieser CMA-Gruppe der gesamte Wertebereich des Summenscores zwischen 4 und 11 erreicht. Zudem weisen sie mit höheren Summenscores - vermutlich wegen längerer Behandlungskarrieren - auch häufiger JA-Antworten in der BEHANDLUNGSVORGESCHICHTE (Zwangsbehandlungsmaßnahmen) auf. Der Frauenanteil liegt mit 18,3% höher.

Tabelle 43: Itemmuster bei 60 CMA der Konstruktionsstichprobe mit Summenscore ≥ 4

lfd. Nr.	Geschlecht	Alter	Summenscore	SOZIALE SITUATION	BEHANDLUNGS-VORGESCHICHTE	PSYCHIAT./NEUROL. BEFUND
001	männlich	49	4	1	2	1
002	männlich	54	4	2	1	1
003	männlich	56	4	1	1,5	1,5
004	männlich	57	4	3	1	0
005	männlich	63	4	1	1	2
006	männlich	66	4	1	1	2
007	weiblich	31	5	2	2	1
008	weiblich	48	5	1	3,5	0,5
009	männlich	31	5	2	3	0
010	männlich	38	5	2	2	1
011	männlich	41	5	3	2	0
012	männlich	44	5	3	1	1
013	männlich	56	5	1	2	2
014	männlich	74	5	3	2	0
015	weiblich	39	6	4	2	0

016	weiblich	47	6	2	1	3
017	weiblich	58	6	2	2	2
018	weiblich	58	6	1	2,5	2,5
019	weiblich	62	6	1	2,5	2
020	männlich	31	6	4	1	1
021	männlich	43	6	4	2	0
022	männlich	44	6	2	2	2
023	männlich	51	6	3	3	0
024	männlich	52	6	2	1,5	2
025	männlich	54	6	2	2	2
026	männlich	55	6	4	1	1
027	männlich	56	6	3	2	1
028	männlich	60	6	3	2	0,5
029	weiblich	63	7	1	3	3
030	männlich	33	7	3	1	3
031	männlich	37	7	3	1,5	2
032	männlich	48	7	4	1	1,5
033	männlich	53	7	4	2	1
034	männlich	55	7	3	2,5	1
035	männlich	56	7	2	3	2
036	weiblich	29	8	3	4	1
037	männlich	40	8	3	2	3
038	männlich	42	8	4	4	0
039	männlich	47	8	4	3	1
040	männlich	56	8	4	2	2
041	männlich	56	8	2	2,5	3
042	männlich	60	8	2	3	3
043	männlich	60	8	2	3,5	2
044	männlich	60	8	2	2,5	3
045	männlich	61	8	4	4	0
046	weiblich	40	9	3	4	2
047	weiblich	50	9	4	4	1
048	männlich	49	9	3	3	3
049	männlich	58	9	3	3,5	2
050	männlich	60	9	4	4	1
051	männlich	71	9	3	3	3
052	männlich	44	10	4	3,5	2
053	männlich	47	10	4	4	2
054	männlich	48	10	3	4	2,5
055	männlich	51	10	4	3	2,5
056	männlich	53	10	4	3,5	2

057	männlich	62	10	4	4	2
058	männlich	62	10	4	3	3
059	männlich	39	11	4	4	3
060	männlich	51	11	4	4	3

Anmerkung: * Dezimalzahlen: missing data enthalten

Zur Beschreibung auf Itemebene wurden die JA-Antworten für jeden chronisch mehrfach geschädigten Patienten aus Merxhausen und Bad Rehburg in Tabelle 44 zusätzlich für jede der 11 Fragen aufgeführt. Ohne Störungstypen postulieren zu wollen, sollen Itemkombinationen einzelner Patienten exemplarisch erläutert werden. Der vierzigjährige Patient (Nr. 10), der *alleinstehend*, *Sozialhilfeempfänger*, *langzeitarbeitslos* und *ohne eigene Wohnung* ist, wird nach der beschriebenen formalen Operationalisierung zum *CMA*. Dies erscheint in Hinblick auf das Ausmaß seiner sozialen Beeinträchtigungen auch klinisch sinnvoll. Zur Klassifizierung als *CMA* bedarf es in der *BML* mit ihrem Trennwert ≥ 4 nicht notwendigerweise Beeinträchtigungen aus mehreren Merkmalsberichen. So genügt das Vorhandensein der vier sozialen 'Symptome' zur Einschätzung als *CMA*.

Unter den Patienten mit insgesamt vier JA-Antworten fällt auf, daß die beiden 29jährigen Patienten (Nr. 5 u. 6) keine schweren somatischen Erkrankungen aufweisen, aber beide keine eigene Wohnung haben und im Heim leben bzw. schon einmal per Beschluß eingewiesen wurden. Sie scheinen zu der Gruppe junger Alkoholkranker zu gehören, die bereits frühzeitig und relativ schnell schwere Alkoholfolgeschäden entwickeln. Es besteht eine gewisse Ähnlichkeit mit der Gruppe II von Rienas et al. (1992), die die Autoren unter der Bezeichnung *Persönlichkeitsstörungen* fassen. Auch die Patienten 15, 16 und 17 werden vornehmlich wegen sozialer Probleme (*Wohnungslosigkeit*) und den damit einhergehenden Etappen durch das Behandlungssystem zu *CMA*. Trotz fortgeschritteneren Alters weisen sie - nach Kenntnisstand des Behandlers - keine somatischen Störungen auf. Unter den Patienten mit einem Summenscore von fünf zeigt sich die deutliche Zunahme sozialer Folgeschäden. Vor allem *Wohnungslosigkeit* in Verbindung mit *Langzeitarbeitslosigkeit* oder *Sozialhilfebezug* machen diesen Patienten zu schaffen. Obwohl sich eine ganze Reihe Probanden mittleren Alters unter ihnen befinden, scheint diese Gruppe stärker unter somatischen Folgeschäden zu leiden. Somatisch besonders gravierend sind die beiden Frauen (Nr. 21 u. 22) beeinträchtigt. Ab dem Summenwert von sechs fällt auf, daß es sich ausschließlich um Männer ab Mitte 40 handelt. Nur noch einer von ihnen lebt in einer Partnerschaft (Nr. 39). Für diesen Patienten gibt der Behandler aber auch die Items *richterliche Einweisung*, *gesetzliche Betreuung* und *Korsakowpsychose* an, was eher ein Betreuungsverhältnis als eine Partnerschaft vermuten läßt.

VI. DISKUSSION

Im folgenden werden die Befunde der vorliegenden Untersuchung vor dem Hintergrund des bestehenden Kenntnisstandes diskutiert und hinsichtlich ihrer Stärken und Schwächen bewertet. Durch die Bedeutung nationaler Besonderheiten (z. B. Sozialrecht) für die Eigenschaften eines Versorgungssystems werden im folgenden vorrangig deutsche Studien zum Vergleich herangezogen. Als Abschluß werden der praktische Einsatz und Fragestellungen für nachfolgende Forschungsvorhaben benannt.

Für die Entwicklung der *BML* zur Erfassung von *CMA* wurden nach Sichtung der Literatur zum Abhängigkeitssyndrom (Edwards & Gross, 1976; Edwards, 1986a; 1986b), zu alkoholbedingten Folgeschäden (Edwards et al., 1977; Skinner & Horn, 1984; Edwards, 1986a; Drummond, 1990; John et al., 1992a; 1992b) und zur Prädiktorenforschung (Matakas et al., 1984; Becker et al., 1986; John, 1985; Küfner et al., 1986; 1988; Jost, 1988, Süß, 1988) die Bestimmungsstücke zur Definition von Alkoholabhängigkeit, den Aspekten ihrer Chronifizierung und der durch sie verursachten Mehrfachschädigungen zusammengestellt. Nach eingehender Diskussion dieser Bestimmungsstücke mit Experten eines regionalen Suchtbehandlungssystems wurden 19 Items aus den Bereichen SOZIALE SITUATION, BEHANDLUNGSVORGESCHICHTE, PSYCHIATRISCH-NEUROLOGISCHER BEFUND und SOMATISCHER BEFUND ausgewählt. Diese vier Fragenbereiche thematisierten besonders gravierende Alkoholfolgeschäden wie *Langzeitarbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit, Zwangseinsweisungen, Einrichtung gesetzlicher Betreuungsverhältnisse, Korsakowpsychosen, Suizidversuche, Leberzirrhosen* etc. Die Symptome der Alkoholabhängigkeit waren in diesen 19 Fragen nicht enthalten. Sie wurden separat über die Kriterien (F10.2) des *ICD-10* (Dilling et al., 1991) operationalisiert.

Im Vergleich zur Literaturzusammenstellung standen in der Diskussion mit den Experten behandlungs- und erhebungspraktische Aspekte im Vordergrund. So wurde aufgrund der Zielsetzung, den Anteil chronisch Mehrfachgeschädigter in verschiedenen Institutionen mit Alkoholkranken zu bestimmen, der Einsatz der 19 Items als Fremdrating durch die jeweiligen Behandler präferiert. Die Datenerhebung durch die Behandler ist ein wesentlicher Unterschied zu den klinischen Fragebögen für die Patienten von Drummond (1990) und John et al. (1992b) bzw. dem Interviewverfahren von McLellan et al. (1992). Die detaillierte Erhebung differenzierter, psychologischer Leistungsparameter wie Gedächtnis-, Konzentrations- und psychomotorischer Leistungseinbußen (Schneider et al., 1991; Mann et al., 1992; Schiewe, 1995) waren vor dem Hintergrund dieses Erhebungssettings ebenfalls nicht praktikabel. Valide Angaben waren ohne die Durchführung entsprechender Leistungstests nicht zu erwarten, weshalb auf sie verzichtet wurde. Bei der Instrumentenentwicklung standen deutlich versorgungspolitische Zielsetzungen im Vordergrund vor detaillierten klinischen Aspekten des Einzelfalls.

Wegen der Fokussierung auf eine Zielgruppe besonders schwer geschädigter Alkoholkranker wurde in Hinblick auf die somatischen Folgen ebenfalls auf einen Großteil aller möglichen - zumeist internistischer - Alkoholfolgeerkrankungen verzichtet und nur schwere, eindeutige und stark verbreitete Syndrome (John et al., 1996) wie *Polyneuropathien*, *Leberzirrhosen*, *Krampfanfälle* etc. aufgenommen. Trotz der lebensbedrohlichen Qualität der letztgenannten Syndrome sollte durch die Einschränkung auf wenige schwere, somatische Items die Dominanz rein körperlicher gegenüber den sozialen Folgeschäden vermieden werden.

Die Erhebung der 19 Items an 663 Patienten in 15 Institutionen ermöglichte die Bildung von zwei Extremgruppen als Konstruktionsstichprobe. Für die Definition der *CMA*-Gruppe stand über die Erhebungsinstitution ein Gruppierungskriterium mit sehr hoher *Inhaltsvalidität* (Bortz, 1984) zur Verfügung. Die Einrichtungen Fichtenhof, Friedrichshütte und Mühlengrund boten aufgrund ihrer Ausrichtung auf *CMA* eine Stichprobe von 65 Alkoholabhängigen, deren Mehrfachschädigungen durch einen langjährigen Weg durch das Versorgungssystem validiert worden waren. Eine Einschränkung des gewählten Gruppierungskriteriums bestand darin, daß die stationäre Unterbringung in einer Institution für *CMA* sich in Item 8 *Heimunterbringung* der *BML* wiederfand und die Summenscores der *CMA* - in der Konstruktionsstichprobe - künstlich erhöhte. Da *Heimunterbringung* aber als Ausdruck eines alkoholbedingten Chronifizierungsprozesses (i. S. sozialer Desintegration; [John, 1985; Wienberg, 1992]) betrachtet werden kann, war die genannte Einschränkung vertretbar. Die Definition der *Nicht-CMA* (n=182) fand über die Verneinung der Frage "Chronisch mehrfach geschädigt alkoholkrank?" statt, die die Rater nach dem Ausfüllen der 19 Items beantworten sollten. Diese klinische Einschätzung der Mehrfachschädigung ist nach der Beantwortung der 19 Einzelitems zwar nicht mehr unabhängig, sondern vom Konzept der zuvor gestellten Fragen beeinflusst. Diese Verzerrung dürfte insgesamt aber eher eine enge als eine weite Definition von *Nicht-CMA* bewirkt haben, weshalb sie hinsichtlich der Bildung einer Extremgruppe in Kauf genommen wurde.

Die resultierende Konstruktionsstichprobe von 247 Alkoholkranken aus ambulanten und stationären Einrichtungen wies einen Frauenanteil von 24,0% auf. Dies entspricht recht genau dem Frauenanteil, den Bronisch und Wittchen (1992) in ihrer epidemiologischen Studie der Allgemeinbevölkerung fand. Von den Befragten, die mindestens einmal in ihrem Leben die *DSM-III*-Kriterien für Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit erfüllt hatten, waren 23,9% Frauen. Auch im Vergleich zu den Behandlungsprävalenzen in allgemeinmedizinischen Praxen oder stationären psychiatrischen Einrichtungen war der Frauenanteil der Konstruktionsstichprobe durchaus üblich. John et al. (1996) geben den Prozentsatz von Frauen unter den Alkoholkranken (*ICD-10*) von 12 Lübecker Arztpraxen mit 25,8% an. Linden und Helmchen (1995) berichten in 24 Berliner Arztpraxen von einem Frauenanteil von 34,2% und Herr et al. (1995) in einer Mainzer Studie von nur 10,5%. Feuerlein und

Kunstmann (1973) schätzten den Prozentsatz von Frauen unter den Alkoholkranken in Großstädten auf 25 bis 30%. Für Stichproben Alkoholkranker aus stationär psychiatrischen Landeskrankenhäusern oder Universitätskliniken berichten Schulz und Samel (1990) von 23,4%, Wienberg (1993) von 23,6%, Mann et al. (1995) von 23,2% und Veltrup (1995) sogar von 29,6% Frauen. Im Vergleich dazu liegt der Frauenanteil unter Fachklinikpatienten mit 17,6% (Simon & Lehnitzk-Keiler, 1995) deutlich niedriger. Gründe für diesen Unterschied könnten darin bestehen, daß schwer geschädigte Alkoholabhängige eher in psychiatrischen Einrichtungen Behandlung finden (Wienberg, 1992; 1994) und Frauen schneller schwer erkranken als Männer. Demzufolge wären vermehrte psychiatrische Aufnahmen plausibel. Es wäre aber auch denkbar, daß Alkoholabhängigkeit bei Frauen - da atypisch für ihre Geschlechtsrolle - schneller als schwerwiegend eingeschätzt wird als bei Männern. Auch dies würde eine höhere Überweisung in psychiatrische Institutionen nach sich ziehen. Die konzeptionelle Ausrichtung von Fachkliniken auf männliche Alkoholranke sowie die Wohnortferne der meisten Fachkliniken könnten für viele Frauen zu Behandlungsbarrieren werden (Müller et al., 1991; Flügel & Merfert-Diete, 1993). Für diese Annahme spricht, daß der Frauenanteil unter den Alkoholkranken ambulanter (wohnnaher) Suchtberatungsstellen bei 23,3% liegt (Tauscher et al., 1995).

Das Durchschnittsalter der Konstruktionsstichprobe ist mit 47,7 Jahren im Schnitt fünf Jahre höher als in den o. g. Gruppen psychiatrischer Patienten (Schulz & Samel, 1990; Wienberg, 1993; Mann et al., 1995; Veltrup, 1995). Da die Ausbildung schwerwiegender Alkoholfolgeschäden einen längeren Krankheitsprozeß voraussetzt und die Definition der *CMA* langjährige Behandlungskarrieren beinhaltet, ist die Wahrscheinlichkeit, daß ältere Alkoholranke in dieser Gruppe überrepräsentiert sind, recht hoch. Schulz und Samel (1990) fanden unter den 546 Alkoholkranken eines psychiatrischen Landeskrankenhauses einen hochsignifikanten Zusammenhang ($r = .30$) zwischen Lebensalter und Anzahl der Suchtfolgeerkrankungen. Das Durchschnittsalter der Konstruktionsstichprobe wird durch den relativ hohen Prozentsatz von *CMA* angehoben. Mit einem Anteil von 26,3% liegt er doppelt so hoch wie die Schätzungen der PROGNOSE AG (12,5%) für unbehandelte Alkoholranke. Das Durchschnittsalter der *CMA* beträgt 51,4 Jahre und ist damit ca. 10 Jahre höher als in den oben zitierten Psychiatriestichproben (Schulz & Samel, 1990; Wienberg, 1993; Mann et al., 1995; Veltrup, 1995). Der etwas niedrigere Frauenanteil von 18,5% deutet darauf hin, daß sich sehr schwere (chronifizierte) Störungsmuster - wenn auch vermindert - auch bei Frauen finden.

Für die Itemanalyse wurden nach der klassischen Testtheorie (Lienert, 1989) Schwierigkeitsindizes, Trennschärfe- und Validitätskoeffizienten für die 19 Fragen bestimmt. Die Schwierigkeitsindizes variierten ungleichmäßig zwischen 9 und 68%. Insgesamt erwies sich ein Großteil der Fragen als 'schwierig' und wich vom theoretischen Idealfall mit dem

Verteilungsgipfel um den Mittelbereich ($p = .50$) ab. Dies verwundert nicht, da der *CMA*-Anteil an der Konstruktionsstichprobe 26,3% betrug. Selbst bei optimaler Trennschärfe einzelner Items ($r_{pbis\ it} = 1.00$), d. h. wenn alle *CMA* JA- und alle *Nicht-CMA* NEIN-Antworten erhalten hätten, hätten die Schwierigkeitsindizes dieser Items nie $p > .26$ werden können. Aufgrund des Zusammenhangs zwischen Schwierigkeit und Trennschärfe konnte dieser Wert nur überschritten werden, wenn das entsprechende Item auch für *Nicht-CMA* bejaht wurde, was wiederum die Trennschärfe minderte. Für die praktische Itemselektion empfiehlt Fisseni (1990) eine Lockerung des Idealwertes ($p = .50$), um eine Differenzierung der Probanden mittels der ausgewählten Items zu ermöglichen. Als mittleren Bereich gibt der Autor ein $p \geq .20 < .80$ an. Aufgrund der linksschiefen Verteilung der Schwierigkeitsindizes wurde auf einen absoluten Grenzwert verzichtet und die *Kennwert-Selektion* (Lienert, 1989) unter Einbeziehung der beiden anderen Itemcharakteristika folgendermaßen formalisiert: Lag der Schwierigkeitsindex eines Items $\geq .20$, bedurfte es eines Trennschärfekoeffizienten von $\geq .40$ **oder** eines Validitätskoeffizienten von $\geq .35$ zur Aufnahme in die Endfassung des Merkmalsbogens. Fiel der Schwierigkeitsindex unter $< .20$, wurde ein Item nur unter Erfüllung beider Grenzwerte von Trennschärfe- **und** Validitätskoeffizient berücksichtigt.

Die somatischen Items wiesen insgesamt sehr niedrige Itemkennwerte auf und entfielen daher komplett. Die Items *Führerscheinverlust, mindestens 1 Entwöhnung* und *Entzugskrämpfe* wurden aufgrund ihrer geringen Schwierigkeiten und Validitätskoeffizienten ausgeschlossen. Als besonders trennscharf ($\geq .50$) erwiesen sich die Items *Sozialhilfebezug, Langzeitarbeitslosigkeit, >6 Entgiftungen, gesetzliche Betreuung, Delir, Korsakowpsychose* und *Polyneuropathie*. Der hohe Trennschärfekoeffizient des Items *Heimunterbringung* war - wie bereits oben erwähnt - künstlich erhöht, da es Teil des Validitätskriteriums war. Übrig blieb die Endversion der *BML* mit 11 Items aus den Bereichen SOZIALE SITUATION, BEHANDLUNGSVORGESCHICHTE und PSYCHIATRISCH-NEUROLOGISCHER BEFUND. Von einer Itemselektion unter Verwendung einer Faktorenanalyse wurde aufgrund der Schiefe der Verteilungen und der hohen Anfälligkeit dieses Verfahrens durch Einbeziehung oder Auslassung einzelner Items abgesehen.

Die Endversion des *BML* ist - im Vergleich zum *APQ* von Drummond (1990), dem *Fragebogen zu Sekundärmerkmalen* von John et al. (1992b) oder dem *ASI* von McLellan et al. (1992) - wesentlich sparsamer, was den Umfang alkoholbedingter Schäden angeht, und besteht zudem aus anderen Beeinträchtigungen. So werden die vier Items zur SOZIALEN SITUATION (*alleinstehend, Sozialhilfebezug, Langzeitarbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit*) von John et al. (1992b) nicht erhoben. Deren Skala REAKTION ANGEHÖRIGER beinhaltet alkoholbedingte Partnerprobleme, nicht jedoch Partnerlosigkeit. In der Skala ARBEITSLEBEN wird nach alkoholbedingtem Arbeitsplatzverlust, nicht aber nach *Langzeitarbeitslosigkeit, Sozialhilfebezug* oder *Wohnungslosigkeit* gefragt. Drummond (1990) fragt im *APQ*

explizit nach Scheidung und Kündigung. Obwohl diese Sachverhalte für die Einzelfallbehandlung bedeutsam sind, wird nach *Wohnungslosigkeit* und *Sozialhilfebezug* im *APQ* nicht gefragt. Diese Items drücken offenbar den 'administrativen Blickwinkel' der *BML* aus, der in Aspekten wie Unterbringung und Sozialleistungsbezug zum Ausdruck kommt. Ansonsten beziehen sich die sozialen Alkoholfolgen bei Drummond (1990) stärker auf innerpsychische und interpersonelle Auswirkungen für den Abhängigen wie Schuldgefühle, Kritik etc. Der *ASI* von McLellan et al. (1992) umfaßt alle vier Items der SOZIALEN SITUATION der *BML*. Im Problembereich ARBEIT/UNTERHALT wird nach Erwerbsquellen (*Sozialhilfe*) und Arbeitslosigkeit gefragt. Nach *Langzeitarbeitslosigkeit* in der Dauer von mindestens einem Jahr wird im *ASI* nicht gefragt. Bei einer überwiegenden Erwerbslosigkeit in den letzten drei Jahren würde diese aber dokumentiert.

Für die vier Items der BEHANDLUNGSVORGESCHICHTE (>6 *Entgiftungen*, *Einweisung per Beschluß*, *gesetzliche Betreuung*, *Heimunterbringung*) gibt es in den drei anderen Verfahren besonders wenig Entsprechungen. Da gerade in diesen Fragen der Chronifizierungsaspekt expliziert wird, ist der Unterschied nicht verwunderlich. Die Behandlungsvorgeschichte findet sich im *APQ* in Frage 16 nach erforderlicher Krankenhausbehandlung nach trinkbedingtem Unfall wieder. Bei John et al. (1992b) kommt sie besonders in der Skala HILFEN vor, wo nach stationären und psychiatrischen Vorbehandlungen sowie Kontakten zu psychosozialen Einrichtungen gefragt wird. Im *ASI* werden ausführlich in der Sektion KÖRPERLICHER ZUSTAND medizinische Vorbehandlungen erhoben. Im Abschnitt ALKOHOL/DROGEN wird nach *Entgiftungen* und Entwöhnungen gefragt. Spezielle Zwangseingriffe wie *Einweisungen* und *Betreuungsverhältnisse* werden - vermutlich wegen Unterschieden zum US-amerikanischen Rechtssystem - im *ASI* nicht formuliert.

Auch die drei Fragen des PSYCHIATRISCH-NEUROLOGISCHEN BEREICHS (*Delir*, *Korsakowpsychose*, *Polyneuropathie*) werden von den anderen Verfahren nur bedingt berücksichtigt. Die psychischen Items im *APQ* thematisieren vor allem depressive Symptome wie Interessenverlust, Niedergeschlagenheit und Apathie. Die Skala PSYCHIATRISCHE KONSEQUENZEN bei John et al. (1992b) beschränkt sich auf halluzinatorische Symptome, die Teil des Delirium Tremens sind. In der Skala KOGNITIVE KONSEQUENZEN kommen amnestische Phänomene wie Filmrisse und mehrtägige Amnesien vor. Die *Korsakowpsychose* ist als Einzelitem nicht erwähnt, wäre aber von Betroffenen mit einem Fragebogen auch nicht erhebbar. Der *ASI* fragt explizit nach dem *Delir*. Eine (akute) *Polyneuropathie* würde wahrscheinlich bei den Fragen zum KÖRPERLICHEN ZUSTAND auffallen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die 11 Fragen der *BML* einen kleinen Ausschnitt sehr schwerer sozialer und psychiatrisch-neurologischer Alkoholfolgeschäden enthält und die Chronizität über massive Behandlungsmaßnahmen definiert. Die vorgenommen Itemselektion wird durch den Vergleich mit den relativen Häufigkeiten der 'Grauzone' (s. Ab-

bildung 12) untermauert. Von den 10 Items der *Merkmalsliste*, die bei den Probanden der 'Grauzone' häufiger vorkamen als bei den *CMA*, sind acht durch die gewählte Kennwertselektion ausgeschlossen worden. Dies dürfte die Trennschärfe des *BML* deutlich erhöht haben. Anders als bei den drei genannten Instrumenten, die subjektive Einschätzungen und Empfindungen Betroffener und z. T. alkoholbedingte Veränderungen einzelner Lebensbereiche enthalten, liegt der Schwerpunkt der *BML* auf gravierenden, objektiven und administrativen Elementen. Der *ASI* bietet teilweise ähnlich 'harte Fakten' aus unterschiedlichen Problembereichen, die sich aber wegen seines Zeitfensters zumeist auf die letzten 30 Tage beziehen. Grundlegender Unterschied zwischen *BML* und *ASI* ist, daß erstere zur Erfassung von Patienten und Informationen über institutionelle Behandlungsmängel konstruiert wurde, während der *ASI* und die anderen genannten Verfahren der individuellen Therapieplanung bzw. der klinischen Forschung dienen.

Zur Optimierung der Unterscheidung von *CMA* und *Nicht-CMA* mit Hilfe der *BML* wurde die Anzahl der JA-Antworten in den 11 Items der Endversion zu einem ungewichteten Summenscore addiert. Die Häufigkeitsverteilungen dieses Summenscores wurden - nach Extremgruppen getrennt - abgebildet. Die 65 *CMA* wiesen einen mittleren Summenscore von 6,7 JA-Antworten ($SD = 2,3$) auf. Damit trafen auf sie im Schnitt 5 Beeinträchtigungen mehr zu als auf die 182 *Nicht-CMA* mit durchschnittlich 1,7 JA-Antworten ($SD = 1,5$). Dieser Mittelwertsunterschied war höchst signifikant. Dieses Ergebnis belegt die Trennfähigkeit von *CMA* und *Nicht-CMA* über die Summenscores der *BML*. Selbst nach Abzug der Verzerrung durch Item 8 *Heimunterbringung* ($\bar{x}_{CMA} = 6,7$ vs. $\bar{x}_{Nicht-CMA} = 1,7$) dürfte sich dieses Ergebnis nur geringfügig abschwächen.

Neben dem Mittelwertvergleich der Summenscores wurde außerdem der Trennwert bestimmt, der *CMA* und *Nicht-CMA* optimal trennt. Unter besonderer Berücksichtigung einer hohen Sensitivität (richtig-Positive) und einer guten Gesamteffizienz (richtig-Positive plus richtig-Negative) wurde der Summenscore von ≥ 4 als kritischer Wert festgelegt. Bei diesem Cut off werden 92,3% der *CMA* (Sensitivität=.923) und 85,2% der *Nicht-CMA* (Spezifität = .852) korrekt identifiziert. Die Gesamteffizienz beträgt .870. Alle drei Parameter sind in der gefundenen Höhe als gut zu bewerten. Der Anteil der 'wahren' *CMA* unter den Patienten mit Summenscore ≥ 4 (positiver prädiktiver Wert) lag bei diesem Cut off bei 69%. Ein Cut off von ≥ 3 hätte den Anteil der richtig klassifizierten *CMA* um 3,1% erhöht (Sensitivität .95), die Spezifität aber auf .74 verringert um den Preis einer niedrigeren Gesamteffizienz (.80). Ein kritischer Wert von ≥ 5 hätte die Spezifität übermäßig gesteigert (.94) auf Kosten einer deutlich reduzierten Sensitivität (.83). Der Summenscore der *BML* mit dem Trennwert von ≥ 4 erlaubt eine optimale Klassifizierung von Alkoholpatienten zweier Extremgruppen, die nur in 13% der Fälle eine Fehlklassifizierung ergibt.

Sowohl die Auswahl der Items als auch die Definition von *CMA* über den Trennwert von ≥ 4 haben deutliche Gemeinsamkeiten mit den Arbeiten von Schulz und Samel (1990), Rienas et al. (1991) und Schneider et al. (1991). In allen drei Studien wählten die Autoren aber - im Gegensatz zur vorliegenden Arbeit - ein gestuftes Vorgehen, das mindestens ein oder zwei Merkmale als unabdingbar für die Definition prognostisch besonders ungünstiger Alkoholkranker verlangte. Schulz und Samel (1990) definierten 73 alkohokranke Patienten eines Landeskrankenhauses in einem gestuften Vorgehen als *prognostisch besonders ungünstig*. Neben den Merkmalen *alleinstehend* und *arbeitslos/frühberentet* mußten mindestens zwei weitere Merkmale (*ohne festen Wohnsitz, ≥ 4 Vorbehandlungen im Landeskrankenhaus, richterliche Einweisung, Pflegschaft, ≥ 3 Suchtfolgeerkrankungen*) zutreffen. In der Nachbefragung 14 Monate nach Entlassung stieg die Rückfallrate mit der Zahl der prognostisch ungünstigen Merkmale. Schneider et al. (1991) schwächten das gestufte Vorgehen zur Definition *chronischer Mehrfachschädigung* ab, indem auf jeden Fall *Arbeitslosigkeit/Frühberentung* vorliegen mußte und *mindestens drei* der von Schulz und Samel (1990) genannten prognostisch ungünstigen *Merkmale*. Nach den Itemkennwerten in der Konstruktionsstichprobe spricht - gruppenstatistisch - nichts für die besondere Bedeutung des Items *alleinstehend* für die Definition chronischer Mehrfachschädigung wie bei Schulz und Samel (1990) und Rienas et al. (1991). Das Item korreliert in der vorliegenden Studie relativ gering ($\Phi = .27$) mit der Gruppenzugehörigkeit. Partnerlosigkeit (Single-Dasein) beschreibt eine Lebensform, die auch in der Allgemeinbevölkerung zunimmt, für die Bewältigung einer Alkoholabhängigkeit aber eher nachteilig ist. Die guten Trennschärfe- und Validitätskoeffizienten des Items *Langzeitarbeitslosigkeit* unterstreichen Schneiders et al. (1991) abgeschwächtes, gestuftes Vorgehen in der Definition von Mehrfachschädigung. Trotzdem dürften Schneider et al. (1991) mit der Frage nach *Arbeitslosigkeit* oder *Frühberentung* einen etwas anderen Ausschnitt von Patienten erhalten als durch die Frage nach *Langzeitarbeitslosigkeit*. Zugrunde liegt beiden Itemformulierungen die Hypothese von der längeranhaltenden, sozialen Beeinträchtigung. Interessant ist, daß die drei genannten Autoren ebenfalls drei Suchtfolgeerkrankungen als Definitionsmerkmal fordern, ohne diese aber explizit zu nennen.

Insgesamt schränkt ein gestuftes Vorgehen die Art möglicher Merkmalskombinationen (und damit Störungsmuster) unnötig ein und führt zu einer Überbetonung sozialer Beeinträchtigungen. Im vorliegenden Merkmalsbogen sind die sozialen Merkmale aber allein durch ihre Anzahl (4/11) ausreichend berücksichtigt und würden bei einer zusätzlichen Stufung zu einer Unterbewertung medizinischer Merkmale (3/11) führen. Trotz dieser Details dürfte sich die Operationalisierung der *BML* grundsätzlich nur unwesentlich von denen bei Schulz und Samel (1990), Rienas et al. (1991) und Schneider et al. (1991) unterscheiden.

Für die Kreuzvalidierung der *BML* und ihres Trennwertes von ≥ 4 wurden zwei weitere Stichproben in den Suchtabteilungen des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Merxhausen ($n=52$) und der Fachabteilung Bad Rehburg des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Wunstorf ($n=98$) erhoben. In der Merxhausener Stichprobe erzielte die von den Oberärzten definierte *CMA*-Gruppe ($n=24$) einen durchschnittlichen Summenscore von 3,5 JA-Antworten ($SD = 1,7$), der signifikant höher war als der der *Nicht-CMA* ($n=28$) mit 1,7 JA-Antworten ($SD = 1,5$). Auch in der Rehburger Stichprobe wiesen die *CMA* einer Station für hirnnorganisch erkrankte Alkoholiker ($n=47$) einen signifikant höheren mittleren Summenscore von 3,8 JA-Antworten ($SD = 1,9$) auf als die zur Entwöhnungsbehandlung vorgesehenen *Nicht-CMA* einer anderen Station mit durchschnittlich 1,2 JA-Antworten ($SD = 1,2$). Zunächst fällt auf, daß auch in den beiden Stichproben der Kreuzvalidierung - trotz unterschiedlicher Validierungskriterien (Oberarztratings vs. Stationszuordnung) und Datenerhebungsverfahren (Behandlerratings vs. Aktenanalyse) - eine Unterscheidung von *CMA* und *Nicht-CMA* auf der Grundlage des Summenscores gelingt. Beide Validierungskriterien enthalten offenbar Schwereaspekte, die sich in den Items und dem Summenscore der *BML* wiederfinden. Die *Nicht-CMA* aus Bad Rehburg weisen besonders wenige Folgeschäden auf ($\bar{x} = 1,2$). Dies dürfte daran liegen, daß diese Patienten als Anwarter auf eine Entwöhnungsbehandlung einen Ausschnitt therapiemotivierter - wie Müller et al. (1991) es nennen - "besonders mitwirkungsfähiger Suchtkranker mit relativ hoher sozialer Integration" darstellen, auf die das existierende Suchtbehandlungssystem ausgerichtet ist und für die ein ausreichendes Versorgungsangebot besteht. Die psychiatrische Behandlung scheint für sie eine Durchgangsstation auf dem Weg in eine spezialisierte Fachklinik zu sein. In der differentiellen Stationszuweisung drückt sich offenbar genau der Selektionsprozeß in prognostisch günstige und ungünstige Patienten aus, den Wienberg et al. (1994) in ihrem Versorgungsmodell behaupten. Die *Nicht-CMA* aus Merxhausen sind ein wenig stärker beeinträchtigt ($\bar{x} = 1,7$). Die beiden *CMA*-Gruppen aus Merxhausen und Bad Rehburg weisen sehr ähnliche Summenscores ($\bar{x} = 3,5$ bzw. $3,8$) auf.

Betrachtet man die sechs Untergruppen von Konstruktions- und Kreuzvalidierungsstichproben, läßt sich allein anhand der durchschnittlichen Summenscores ein Kontinuum der Beeinträchtigung nachzeichnen mit dem Pol geringster Schädigung bei den Entzugspatienten aus Bad Rehburg über die *Nicht-CMA* von Konstruktions- und Validierungsstichproben über die *CMA* der Kreuzvalidierungen bis zum Pol schwerster Schädigung bei den *CMA* der Konstruktionsstichprobe. Dabei besteht zwischen den *CMA* der Kreuzvalidierungen und der Konstruktionsstichprobe offenbar solch ein gravierender Unterschied, daß sich ihre Mittelwertsunterschiede sogar in einer einfachen Varianzanalyse als signifikant erweisen. Die verschiedenen Untergruppen erscheinen wie ein Miniaturmodell verschiedener Gruppen von Alkoholpatienten im Versorgungssystem.

Die hohen Sensitivitäts- und Spezifitätswerte der Konstruktionsstichprobe konnten in den beiden Kreuzvalidierungen nicht repliziert werden. Die Validierung des Cut offs von ≥ 4 ergab in der Merxhausener Stichprobe nur eine Sensitivität von .58 bei einer Gesamteffizienz von .75 und in der Rehburger Stichprobe nur eine Sensitivität von .55 mit einer Gesamteffizienz von .76.

Die deutlichen Unterschiede zur Konstruktionsstichprobe sind auf folgende Ursachen zurückzuführen:

1. Die Konstruktion an zwei Extremgruppen führt zu einer künstlichen Polarisierung. Neben den beiden sehr konservativ definierten Extremgruppen blieb der *Übergangsbereich* von Alkoholkranken auf dem Weg zur Mehrfachschädigung ausgespart. Ein Hinweis für diesen Sachverhalt sind die durchschnittlichen Summenscores ($\bar{x}_{CMA} = 6,7$; $\bar{x}_{Nicht-CMA} = 1,7$). Die deutliche Trennung in der Konstruktionsphase ist z. T. auf diese Polarisierung der beiden Gruppen zurückzuführen. In der Merxhausener Stichprobe ist der o. g. *Übergangsbereich* der Patienten enthalten. Die Patienten stammen von zwei 'normalen' Alkoholstationen, was sich in dem niedrigeren Summenscore der CMA ($\bar{x}_{CMA} = 3,5$) ausdrückt. In der Gruppe der Merxhausener CMA sind weniger schwer Beeinträchtigte enthalten als in der CMA-Gruppe der Konstruktionsstichprobe. Trotz des annähernd gleichen Summenscores der CMA ($\bar{x}_{CMA} = 3,8$) in der Rehburger Stichprobe ist die Problematik des *Übergangsbereichs* vermutlich etwas geringer, da das verwendete Validierungskriterium (Stationszuordnung) eine gewisse Schwerebewertung in Hinblick auf hirnorganische Schädigung bzw. beantragte Entwöhnungsbehandlung beinhaltet. Hier dürfte vor allem die andere Art der Datenerhebung (Aktenanalyse) zu einem gewissen Informationsverlust geführt und vermutlich eine gewisse Unterschätzung der Summenscores bewirkt haben. Insgesamt ließ die Einbeziehung des *Übergangsbereichs* 'normaler', unselektierter Alkoholpatienten eine gewisse Abschwächung der Trenneffekte in der Kreuzvalidierung erwarten.
2. Ein weiterer Grund für die geringere Sensitivität und Spezifität in der Kreuzvalidierung dürfte in Einschränkungen der gewählten Validierungskriterien liegen. Wie in Kapitel 11.2 erwähnt, sind die klinischen Einschätzungen der Oberärzte hinsichtlich *chronischer Mehrfachschädigung* als nur bedingt valide zu betrachten, da sie stark von der beruflichen Erfahrung und den subjektiven (persönlichen) Einstellungen bei der Personenwahrnehmung des betreffenden Arztes abhängen. In diesem Sinne verletzt die Verwendung der Oberarzt ratings als Gruppierungskriterium die Bedingung der Objektivität und ist nur unter Vorbehalt interpretierbar. Das Konsistenzstreben bei der interpersonellen Wahrnehmung könnte dazu geführt haben, daß im Stationsablauf besonders 'schwierige' Patienten, als *chronisch mehrfach geschädigt alkoholkrank* eingestuft wurden. Dieser *Halo-Effekt* (Thorndike, 1920) könnte bei der Gruppierung zu nicht

unerheblichen Verzerrungen - in Richtung einer Überschätzung chronischer Mehrfachschädigung - geführt haben. In diesem Zusammenhang ist bedeutsam, daß die Chronikerbestimmung mit der *BML* (Cut off ≥ 4) in der Merxhausener Stichprobe einen *positiven prädiktiven Wert* (Anteil richtig-Positiver unter allen Positiven eines Test) von .82 aufweist. Das heißt, daß von den 17 Patienten, die die *BML* (≥ 4) als *CMA* definiert, 82,4% auch von den Oberärzten als *CMA* betrachtet werden. Nach Hennekens und Buring (1987) nehmen positive prädiktive Werte - bei konstanter Sensitivität und Spezifität - mit steigender Prävalenz einer Erkrankung in einer Population zu. Die Grundrate der *CMA* (nach Oberarzttrating) in der Merxhausener Stichprobe ist mit 42,3% sehr hoch. Damit ist die Wahrscheinlichkeit, zufällig einen *CMA* zu ziehen, etwa 2:3. Es bleibt festzuhalten, daß nach dem formalen Cut off (≥ 4) der *BML* wesentlich weniger Alkoholranke als *chronisch mehrfach geschädigt* eingestuft werden als nach klinischem Eindruck, daß die so identifizierten Patienten aber weitestgehendst auch von den Oberärzten als *CMA* betrachtet werden. Dies spricht insgesamt für die Notwendigkeit einer objektiven Begriffsbestimmung, um subjektive Einflüsse zu mindern und eine rationale Grundlage für die Versorgungsdiskussion zu bieten.

3. Trotz eines anderen Gruppierungskriteriums (Stationszuordnung) in der Rehburger Stichprobe ist auch die hirnnorganische Beeinträchtigung von Alkoholkranken nur bedingt als Validierungskriterium für chronische Mehrfachschädigung tauglich. Die *Korsakowpsychose* (Item 13) - als besonders schwerer Alkoholfolgeschaden - findet als einzige hirnnorganischer Beeinträchtigung Berücksichtigung in der *BML*. Dieses Item korreliert gut und höchst signifikant, sowohl mit dem Stationszuordnung ($\Phi = .41$; $\alpha < .001$) als auch mit dem Cut off ≥ 4 ($\Phi = .47$, $\alpha < .001$). Die *CMA*-Definition der *BML* (≥ 4) stimmt aber nur zu 55 % mit dem Validitätskriterium (Stationszuordnung) überein. Ähnlich wie in der Merxhausener Stichprobe ist der positive prädiktive Wert des Cut off von ≥ 4 mit 89,7% extrem hoch (Grundrate Chroniker 48%). Auch hier 'macht' die *BML* weniger Patienten zu *CMA* als das Validierungskriterium. Die hirnnorganischen Patienten der Station 12 scheinen eine Gruppe schwer geschädigter Alkoholkranker zu sein, was sich in ihrem hohen durchschnittlichen Summenscore ($\bar{x} = 3,8$) ausdrückt.

Schneider et al. (1991) stellten mit Hilfe einer psychologischen Testbatterie erhebliche hirnnorganische Beeinträchtigungen bei 10 bis 15% *CMA* fest, was den Anteil bei anderen behandelten Alkoholabhängigen nicht übertraf. Mann (1992) berichtete, daß ein Großteil von CT-Studien bei Alkoholkranken gruppenstatistisch vergrößerte äußere und/oder innere Liquorräume schon früh im Krankheitsverlauf nachweisen konnten. Diese Hirnatrophien sieht der Autor als pathophysiologisches Korrelat hirnnorganischer Leistungseinbußen bei Alkoholkranken. Mann (1992) betont allerdings, daß es einen beträchtlichen Teil Alkoholkranker gibt, der trotz schwerer und langanhaltender Trink-

anamnesen keine Hirnatrophien aufwies. Dabei scheint das Ausmaß kognitiver Einbußen nicht dosisabhängig zu sein und in keinem korrelativen Zusammenhang mit der Dauer der Abhängigkeit zu stehen. Greift man aber die Ergebnisse Schneiders et al. (1991), Rienas et al. (1992) und Manns (1992) auf, so sind Hirnorganiker nur eine Untergruppe von CMA. Als maßgebliches Validierungskriterium für chronische Mehrfachschädigung ist eine hirnorganische Störung daher wenig geeignet.

In Anbetracht der geringen Sensitivitätswerte in beiden Kreuzvalidierungen lag eine Absenkung des Cut off von ≥ 4 auf ≥ 3 nahe. Dies hätte die Sensitivität in der Merxhausener Untersuchung von .58 auf .67 und für die Rehburger Stichprobe von .55 auf .77 erhöht. Dieses Vorgehen wurde wegen der genannten Einschränkungen der Validitätskriterien verworfen. Dagegen sprachen aber auch inhaltliche Gründe auf der Einzelfallebene. Beim Vergleich der Itemmuster der 46 Chroniker (Cut off ≥ 4) aus den Kreuzvalidierungen mit den 19 Patienten mit einem Summenscore von 3 fällt auf, daß in beiden Gruppen das wenig trennscharfe Merkmal *alleinstehend* stark verbreitet ist. Bei einem Cut off von ≥ 3 würden also - zusätzlich zur *Partnerlosigkeit* - formal zwei weitere Beeinträchtigungen zur CMA-Definiton ausreichen. Diese Schwelle erschien zu niedrig. So sind z. B. die beiden Items *Langzeitarbeitslosigkeit* und *Sozialhilfebezug* inhaltlich nicht unabhängig voneinander. Sozialrechtlich zieht *Langzeitarbeitslosigkeit* nach einer gewissen Zeit den *Sozialhilfebezug* nach sich. Ein Patient, der *alleinstehend* ist und wegen seiner *Langzeitarbeitslosigkeit* bereits *Sozialhilfe* bekommt, würde den Cut off von 3 erreichen und zum CMA. Ebenso würden *Partnerlosigkeit*, *Arbeitslosigkeit* und *>6 Entgiftungen* zur CMA-Einschätzung führen. Obwohl diese sozialen Beeinträchtigungen nach Befundlage der Prädiktorenforschung (Matakas et al., 1984; John, 1985; Becker et al., 1986; Küfner et al., 1986, 1988; Süß, 1988, Schulz, 1990) eine negative Prognose nahelegen, gehört die Kombination von drei Merkmalen m. E. zum o. g. *Übergangsbereich*. Da mit der Feststellung einer *chronischen Mehrfachschädigung* eine Schwerebeurteilung einhergeht, sollte die Bezeichnung - zur Vermeidung etwaiger Stigmatisierung - mit Vorsicht verwendet werden. Andererseits sind z. B. Kombinationen von *Partnerlosigkeit*, *gesetzlicher Betreuung* und *Korsakow-psychose* trotz formaler Unterschreitung des Cut off vom ≥ 4 sicherlich *chronisch mehrfach geschädigt* zu nennen. Patienten mit einem solchen Störungsmuster gehören zu den Fehlklassifizierten (falsch Negativen) der BML, kamen aber nur sehr vereinzelt vor. In der klinischen Praxis würden sie durch die Schwere ihrer Symptomatik auffallen. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurde der Cut off von ≥ 4 beibehalten.

Die genannten Beispiele zeigen aber bereits die Vorteile und Schwächen des Instrumentes. Die Operationalisierung *chronischer Mehrfachschädigung* erhöht Objektivität und Eindeutigkeit des Begriffs. Institutions- und berufsbedingte Verzerrungen (Betriebsblindheit) in der Wahrnehmung von CMA können damit reduziert werden. Innerhalb einer Institution kann mit der BML der Anteil der CMA erhoben werden, was zum Nachweis besonderer

Behandlungsbelastungen etwa in Verhandlungen mit den Kostenträgern dienen kann. Neben dem klassifikatorischen Aspekt (*chronisch mehrfach geschädigt* vs. *nicht-chronisch mehrfach geschädigt*) bietet die *BML* aber auch Hinweise auf das Ausmaß der Belastungen von Patienten verschiedener Stationen einer Suchtabteilung.

Auf der Ebene individueller Behandlungsentscheidungen sollte die *BML* nicht verwendet werden. Aufgrund ihrer Versorgungsorientierung und der geringen Zahl von Items ist eine individuelle Diagnostik bzw. Therapieplanung mit der *BML* nicht möglich. Für eine individuelle Therapieplanung erfaßt der *ASI* (McLellan et al., 1992; Gsellhofer et al., 1993) alkoholbezogene Problembereiche wesentlich umfangreicher und genauer. Zur Feststellung des individuellen Behandlungsbedarfs und der anschließenden Zuordnung zu einem spezifischen Behandlungsprogramm bzw. einer spezialisierten Station sollte daher der *ASI* eingesetzt werden. McLellan et al. (1992) weisen allerdings darauf hin, daß die Durchführung des *ASI* bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen teilweise nicht möglich ist. Es ist davon auszugehen, daß es sich bei *CMA* um eine ähnlich heterogene Gruppe handelt wie bei Alkoholkranken insgesamt. Die Typologisierung dieser Gruppe (Rienas et al., 1992) entspringt häufig dem Bedürfnis von Behandlern (Bartmann, 1985; Andritsch, 1989), die Behandlungskonzepte ihrer Einrichtungen intern zu differenzieren und auf die Bedürfnisse ihrer *CMA* zuzuschneiden. Neben der Klassifikation über die *BML* wäre auch hier der nachgeschaltete Einsatz des *ASI* für eine solches 'matching' sinnvoll. Bei solchen Typenbildungen ist der Einwand von Rienas et al. (1992) beachtenswert, die die 'Störungstypen' ihrer Patienten nur als Momentaufnahmen eines beliebigen Zeitpunktes in der individuellen Lebensgeschichte einzelner Alkoholabhängiger sehen.

Durch den geringen Zeitaufwand und die einfache Handhabung ist die *BML* besonders für eine rationale Bestandsaufnahme der interinstitutionellen Versorgungslage einer Region z. B. im Rahmen einer Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft geeignet. Durch sein formales Vorgehen können mit der *BML* und ihrem Summenscore Unterschiede im Störungsbild von Patienten verschiedener Einrichtungen dokumentiert und die Konzentration von *CMA* in bestimmten Einrichtungen einer Versorgungsregion festgestellt werden. Mit ihrem Einsatz besteht die Möglichkeit, Wienbergs (1992) Behauptung von der Vernachlässigung der *CMA* im Bereich der traditionellen Suchtkrankenhilfe und deren Konzentration im stationär psychiatrischen Bereich empirisch zu prüfen. Es ist feststellbar, ob die Psychiatrie hinsichtlich der *CMA* wirklich der «Abschiebebahnhof» (Engfer & Bauer, 1991) anderer Anbieter psychosozialer Dienste ist. Zudem bestehen wegen des relativ geringen Aufwands gute Chancen, den Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft für solche Bestandserhebungen zu gewinnen und damit Licht in die «Dunkelzone» (Wienberg, 1992) der medizinischen Basisversorgung zu bringen. Die Auswirkungen institutioneller Selektionsmechanismen (Wirth, 1982; John, 1984; Rothenbacher, 1985) können anhand der durchschnittlichen Summenscores geprüft werden.

Neben diesen Möglichkeiten existieren aber auch Beschränkungen für den Einsatz der *BML*. Nach Filsinger und Bergold (1993) sind psychosoziale Versorgungssysteme keine interessenfreien Räume. Berufsgruppen- wie Institutionenkonkurrenz bei gleichzeitigem Spezialisierungsdruck sind Einflußfaktoren, die gemeinschaftlichen, konsensorientierten Lösungen entgegenstehen. Diese sind aber vonnöten, um den Ausschluß mitwirkungsunfähiger Suchtkranker aus dem hochselektiven Behandlungsangebot zu vermeiden und bedarfsgerechte Behandlungsangebote zu entwickeln und vorzuhalten (Müller et al., 1991). Vor dem Hintergrund zunehmender Finanzierungsprobleme im Gesundheitssystem bei zunehmender Leistungseinschränkung ist die Verschärfung interinstitutionellen Wettbewerbs auf Kosten des Ausbaus von Versorgungsangeboten für *CMA* zu befürchten. Wenn die *BML* auch unter versorgungspolitischen Aspekten entwickelt wurde, soll angesichts der gegenwärtigen Kostendiskussion deutlich vor ihrem Mißbrauch zum Zwecke der Selektion oder Ausgrenzung von *CMA* gewarnt werden. Die *BML* enthält Variablen, die deutlich im Zusammenhang mit der Verschlechterung des Krankheitsprozesses stehen. Daraus prognostische Aussagen über den weiteren individuellen Krankheitsverlauf abzuleiten, ist nicht möglich. Auf der Grundlage der *BML* Alkoholranke von einer qualifizierten Behandlung auszuschließen, ist unzulässig.

Aus den dargestellten Ergebnisse geht hervor, daß die Wahl der Kriterien für die Kreuzvalidierungen problematisch ist. Weiterer Forschungsbedarf besteht also hinsichtlich der Kreuzvalidierung z. B. in Form einer Wiederholung des für die Konstruktion gewählten Erhebungsverfahrens. Des weiteren wäre es interessant, die Faktorenstruktur der *BML* zu untersuchen. Erste Interkorrelationen deuten auf eine statistische Unabhängigkeit der drei Bereiche der *BML* voneinander hin, was sich mit Ergebnissen von John et al. (1992) und McLellan et al. (1985) decken würde.

Da im Laufe der Untersuchung immer wieder die Vermutung aufkam, es bestünde ein positiver korrelativer Zusammenhang zwischen der Höhe des Summenscores und der Schwere der Abhängigkeit, wäre die Untersuchung der *BML* und ihrer Beziehungen zu den Items der *GABS* von Interesse. Aspekte der Reliabilität wurden in der vorliegenden Arbeit nur peripher behandelt. Trotz akzeptabler Kappa-Werte war der Stichprobenumfang mit $n=30$ sehr gering. Als Untersuchungsansatz wäre neben der Interrater- vor allem die Test-Retest-Reliabilität zu bestimmen, die speziell die Wiederholbarkeit bzw. Stabilität der Klassifikation berücksichtigt (Semler, 1990). Bei der Auswahl der Rater sollte besonders die Berufsgruppen- bzw. Institutionenzugehörigkeit kontrolliert werden, da die Art der Problemwahrnehmung und -akzentuierung stark von beruflicher Sozialisation und 'diagnostisch-therapeutischen Stilen' innerhalb einer Institution beeinflußt werden. In diesem Zusammenhang könnte geprüft werden, ob vorherige Trainings die Konkordanz erhöhen. Durch den Aufwand eines Trainings würde allerdings die Durchführungsökonomie gemindert.

Neben diesen methodischen Forschungsfragen ist aber vor allem der Einsatz der *BML* in einer konkreten Versorgungsregion sinnvoll. Die *Braunschweiger Merkmalsliste* ist im Rahmen eines Projektes zur Versorgungsforschung konzipiert worden und folgt einem relativ einfachen und pragmatischen Ansatz zur Datensammlung in der Versorgung. Es ist überaus wünschenswert, sie ihrer Bestimmung zuzuführen und damit eine objektive empirische Grundlage für die Verbesserung der Versorgung *chronisch mehrfach geschädigter Alkoholkranker* zu schaffen.

VII. ZUSAMMENFASSUNG

Der Mißbrauch von Alkohol ist ein Phänomen, daß vor allem seit der Industrialisierung in den gesellschaftlichen Blickpunkt geriet und seitdem als Krankheit konzipiert wurde. Obwohl bis heute ein schlüssiges theoretisches Krankheitsmodell der Alkoholabhängigkeit fehlt, haben vor allem die Arbeiten von EDWARDS und Mitarbeitern zu einer operationalen Definition der Alkoholabhängigkeit geführt, in der zwischen dem Alkoholsyndrom und den alkoholbedingten Folgeschäden unterschieden wird. Besonders soziale, psychisch/psychiatrische und somatische Alkoholfolgeschäden und Befunde der Prädiktorenforschung haben den Blick für Faktoren der Abhängigkeitsentstehung und -aufrechterhaltung geschärft.

In der Bundesrepublik ist in den letzten 30 Jahren ein umfangreiches und qualitativ hochwertiges Behandlungssystem für die schätzungsweise 2,6 Mill. Alkoholabhängigen aufgebaut worden. Trotz dieses gut ausgebauten Angebots blieb die Gruppe der *chronisch mehrfach geschädigten Alkoholkranken (CMA)* de facto von qualifizierter Behandlung ausgeschlossen. Die Expertenkommission der Bundesregierung (BMJFFG, 1988) schätzte die Gruppe auf ca. 0,5% der Bevölkerung und kritisierte die schlechte Versorgung der CMA, ohne diese Gruppe exakt zu definieren. Nach Wienberg (1992a) liegen die Ursachen für diese Versorgungsmängel in einer institutionellen Massierung dieser Gruppe in einem Bereich des Sozial- und Gesundheitssystems, der über geringe oder keine suchtspezifischen Behandlungsqualifikationen verfügt. Spezialisierte Behandlungseinrichtungen wiederum schließen diese mitwirkungsunfähigen Alkoholkranken durch zu hohe Aufnahmebarrieren faktisch aus. Zudem ist die Kooperation zwischen den Behandlungssektoren dieses Arbeitsfeldes äußerst gering.

Vor dem Hintergrund fehlender wissenschaftlicher Befunde und deutlicher Versorgungsmängel ist es die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit, ein praktikables und ökonomisches Meßinstrument zu entwickeln, mit dem CMA valide und reliabel erfaßt werden können. Nach der Beschreibung bisheriger Typisierungs- und Operationalisierungsansätze von Alkoholkranken werden die Variablen für die Definition chronischer Mehrfachschädigung zusammengestellt. Dazu wird zum einen die operationale Definition des Abhängigkeitssyndroms nach Edwards und Gross (1976; Edwards, 1986a) bzw. ICD-10 (Dilling et al., 1991) herangezogen. Zur Bestimmung der Chronifizierung werden Behandlungsmerkmale wie Anzahl der stationären Entgiftungen, Einweisungen per richterlichem Beschluß, Heimunterbringung, Errichtung einer Pflegschaft etc. verwendet. Für die Definition der Mehrfachschädigung wird ein Ausschnitt aus dem Spektrum sozialer, psychisch/psychiatrischer und somatischer Alkoholfolgeschäden (Edwards et al., 1977) ausgewählt.

In Diskussion mit Experten des Suchtversorgungssystems werden 19 der relevanten Variablen zusammengestellt und als Fragebogenitems mit JA-/NEIN-Antwortkategorien formuliert. Daran anschließend wird der Fragebogen in Form eines Fremdratings durch die Behandler von 15 ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe erhoben. Diese Erhebungen ergeben Daten von 663 Alkoholkranken (*ICD-10*). Nach dem Ausschluß von Datensätzen mit $\geq 50\%$ fehlenden Antworten, fehlenden Institutionsangaben und Doppelratings werden die verbleibenden 456 Datensätze für die Validierung des Fragebogens in zwei Extremgruppen unterteilt. Patienten aus Einrichtungen, die explizit nur *CMA* aufnehmen, bilden die eine, Patienten, die von ihren Behandlern nach klinischem Eindruck als *Nicht-CMA* betrachtet werden, die andere Extremgruppe. Dieses Vorgehen ergibt eine Konstruktionsstichprobe von 247 Probanden mit 65 *CMA* und 182 *Nicht-CMA*.

Die Fragebögen dieser 247 Alkoholkranken werden einer Itemanalyse nach der klassischen Testtheorie (Lienert, 1989) unterzogen. Von den ursprünglich 19 Items des Fragebogens werden acht aufgrund ihrer niedrigen Itemkennwerte (Schwierigkeitsindices, Trennschärfe- und Validitätskoeffizienten) ausgeschlossen. Daraus resultiert die 11-Item-Endversion der *Braunschweiger Merkmalsliste (BML)*.

Zur Optimierung der Trennkraft des Instrumentes wird für jeden Datensatz eine Summenscore aus der Anzahl der JA-Antworten errechnet. Der gruppenstatistische Vergleich der beiden Extremgruppen hinsichtlich ihrer Mittelwerte in diesem Summenscore ergibt hochsignifikante Unterschiede. Während die Behandler der *Nicht-CMA* durchschnittlich zwei Items für diese Gruppe als zutreffend erachten, werden den *CMA* im Schnitt sieben Beeinträchtigungen (Items) zugeschrieben. Zur Verdeutlichung der Häufigkeitsverteilung werden die Summencore als Histogramme für beide Gruppen abgebildet. Mit Hilfe von Vierfelder-Tafeln werden die Verteilungen unterschiedlicher Trennwerte dargestellt. Nach der Berechnung der Validitätsaspekte verschiedener Trennwerte in Form von Sensitivität, Spezifität und Gesamteffizienz wird der Summenscore von ≥ 4 JA-Antworten als kritischer Punkt zur Trennung der Probanden beider Gruppen gewählt.

Im Anschluß an diese formale Definition chronischer Mehrfachschädigung Alkoholkranker wird der Fragebogen mit seinem Trennwert von ≥ 4 einer Kreuzvalidierung an zwei Stichproben stationärer Alkoholpatienten unterzogen. Die erste Validierungsstichprobe umfaßt 52 Patienten eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses, bei denen das klinisch *CMA*-Rating der Oberärzte als Validierungskriterium dient. Die zweite Validierungsstichprobe bilden 98 Alkoholpatienten eines anderen Psychiatrischen Landeskrankenhauses, deren Daten durch Aktenanalyse erhoben werden. Validierungskriterium dieser zweiten Stichproben bildet die Zugehörigkeit zu einer Station für Patienten mit Antrag auf weiterführende Entwöhnungsbehandlung bzw. zu einer Station für hirntorganisch erkrankte Alkoholabhängige. Sensitivität, Spezifität und Gesamteffizienz des Trennwertes ≥ 4 der *BML* bleiben in

den beiden Validierungstichproben deutlich hinter den Werten der Konstruktionsstichprobe zurück. Als Grund dafür werden die Verwendung von Extremgruppen in der Konstruktionsphase, Einschränkungen der gewählten Validierungskriterien und interpersonelle Wahrnehmungsverzerrungen betrachtet.

Der gewählte Ansatz einer formalen Definition von *CMA* wird im Hinblick auf eine Konkretisierung des Begriffs als vorteilhaft bewertet. Vor allem im Zusammenhang mit versorgungspolitischen Fragestellungen und Entscheidungen wird der Einsatz des erarbeiteten Instrumentes als sinnvoll erachtet. So können mit der *BML* Institutionen eines Versorgungssystems den Anteil von *CMA* feststellen und als Grundlage sowohl für interne Differenzierung nutzen als auch - auf kommunaler Ebene - für Veränderungen des Behandlungssystems. Der Einsatz der *BML* für individuelle prognostische Absichten mit möglicher Ausgrenzung von Alkoholkranken von qualifizierter Behandlung wird als unzulässig festgestellt. Weitere Untersuchungen von Validität, Reliabilität und Faktorenstruktur der *BML* werden angeregt.

VIII. LITERATUR

- Alber, J. (1992). *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland*. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt a.M.: Campus.
- Albrecht, G. (1981). Nichtseßhaftigkeit und Sucht. In W. Feuerlein (Hrsg.). *Sozialisationsstörungen und Sucht* (S. 63-94). Wiesbaden: Akademische Verlagsgesellschaft.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Andritsch, F. (1989). Zum aktuellen Stand der Versorgung chronisch Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik Deutschland. *Suchtgefahren*, 35, 312-316.
- Angermeyer, M.C., Klusmann, D. (1989). *Soziales Netzwerk*. Berlin: Springer.
- Antons, K., Schulz, W. (1981). *Normales Trinken und Suchtentwicklung*. Bd 1 (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Antons, K., Schulz, W. (1987). *Normales Trinken und Suchtentwicklung*. Bd 2 (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Arend, H. (1994). *Alkoholismus - Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Armor, D.J., Polich, J.M., Stambul, H.B. (1978). *Alcoholism and Treatment*. New York: Wiley.
- Athen, D., Schraner, B. (1981). Zur Häufigkeit von Alkoholikern im Krankengut einer medizinischen Klinik. In W. Keup (Hrsg.). *Behandlung der Sucht und des Mißbrauchs chemischer Stoffe* (S. 43-47). Stuttgart: Thieme.
- Auerbach, P., Melchertsen, K. (1981). Zur Häufigkeit des Alkoholismus stationär behandelter Patienten aus Lübeck. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt*, 34, 233-237.
- Babor, T. F. (1986). Comments on Griffith Edwards' 'The Alcohol Dependence Syndrome: Concept as a stimulus to enquiry'. *British Journal of Addiction*, 81, 185-187.
- Babor, T.F., de la Fuentes, J.R., Saunders, J.B., Grant, M. (1989). *Audit: The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.
- Barbee, J.G., Clark, P.D., Crapanzano, M.S., Heintz, G.C., Kehoe, C.E. (1989). Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency psychiatric service. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 400-407.
- Bartmann, U. (1982). Überlegungen zur alternativen Alkoholismusbehandlung in einem Landeskrankenhaus. *Psychiatrische Praxis*, 9, 99-105.
- Bartmann, U. (1985). Zur Diagnostik der Alkoholsucht. In F.H. Hehl (Hrsg.). *Diagnostik psychischer und psychophysiologischer Störungen* (S. 169-189). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.

- Beck, A.T. (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Becker, K., Leitner, N., Schulz, W. (1986). Soziales Umfeld von Alkoholikern bei Klinik-entlassung und sein sozialer Einfluß auf den Behandlungserfolg. *Psychiatrische Praxis*, 13, 121-127.
- Benedetti, C. (1952). *Die Alkoholhalluzinose*. Berlin: Springer.
- Bergold, J.B., Filsinger, D. (1993). *Vernetzung psychosozialer Dienste*. Weinheim: Juventa.
- Berkson, J. (1946). Limitations of the application of four-fold tables to hospital data. *Biometric Bulletin*, 2, 47-53.
- Berner, P. (1977). *Psychiatrische Systematik*. Berlin: Springer.
- Bibb, J.L., Chambless, D.L. (1986). Alcohol use and abuse among diagnosed agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 49-58.
- Biniek, E.M. (1989). Alkoholismus und Depression. In H.W. Schied, H. Heimann, K. Mayer (Hrsg.). *Der chronische Alkoholismus* (S. 73-84). Stuttgart: Fischer.
- Bland, R.C., Orn, H., Newman, S.C. (1988a). Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 24-32.
- Bland, R.C., Newman, S.C., Orn, H. (1988b). Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 33-42.
- Blasius, D. (1986). *Umgang mit Unheilbarem*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bochnik, H.J., Koch, H. (1990). *Die Nervenarztstudie - Praxen, Kompetenzen, Patienten*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Bortz, J. (1984). *Lehrbuch der empirischen Forschung*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G.A., Boehnke, K. (1990). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bowden, S.C. (1990). Separating Cognitive Impairment in Neurologically Asymptomatic Alcoholism From Wernicke-Korsakoff-Syndrom: Is the Neuropsychological Distinction Justified? *Psychological Bulletin*, 107, 355-366.
- Brady, K.T., Lydiard, R.B. (1993). The Association of Alcoholism and Anxiety. *Psychiatric Quarterly*, 64, 135-149.
- Brickenkamp, R. (1994). *Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test* (8. Aufl.). Göttingen: Beltz Test.
- Brocca, P. (1866). *Traité des Tumeurs*. Paris: Asselin.
- Bronisch, T. (1985). Zur Beziehung zwischen Alkoholismus und Depression anhand eines Überblicks über empirische Studien. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 53, 454-468.
- Bronisch, T. (1992). Suchtkranke. In H. Wedler, M. Wolfersdorf, R. Welz (Hrsg.). *Therapie bei Suizidgefährdung* (S. 199-206). Regensburg: Roderer.

- Bronisch, T., Wittchen, H.-U. (1992). Lifetime and 6-Month Prevalence of Abuse and Dependence of Alcohol in the Munich Follow-Up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 272-282.
- Brown, S.A., Irwin, M.R., Schuckit, M.A. (1991). Changes in anxiety among abstinent male alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 55-61.
- Brown, S.A., Inaba, R.K., Gilin, J., Schuckit, M.A., Stewart, M.A., Irwin, M.R. (1995). Alcoholism and Affective Disorder: Clinical Course of Depressive Symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 152, 45-52.
- Brühl-Cramer, C.v. (1819). *Über die Trunksucht und eine rationelle Heilmethode derselben*. Berlin: Nicolaische Buchhandlung.
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988). *Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*. Bonn: Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit.
- Bunje, J.B., Pols, R.G., Mortimer, K.P., Frank, O.R., Skinner, H.A. (1989). Screening alcohol and drug use in a general practice unit: Comparison of computerised and traditional methods. *Community Health Studies*, 13, 471-483.
- Cadore, R., Winokur, G. (1974). Depression in Alcoholism. *Annals New York Academy of Sciences*, 233, 34-39.
- Canino, G.S., Bird, H.R., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martinez, R., Sesman, M., Guevara, L.M. (1987). The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 44, 727-735.
- Chambless, D.L., Cherney, J., Caputo, G.C. et al. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 29-40.
- Clouston, T.S. (1904). *Clinical lectures on Mental diseases*. London: Churchill.
- Cottler L.B., Robins L.N., Helzer J.E. (1989). The reliability of the CIDI-SAM: A comprehensive substance abuse interview. *British Journal of Addiction*, 84, 801-81.
- Cottler L.B., Robins L.N., Grant, B.F., Blaine, J., Towle, L.H., Wittchen, H.U., Sartorius, N. (1991). The CIDI-Core Substance Abuse and Dependence Questions: Cross-Cultural and Nosological Issues. *British Journal of Psychiatry*, 159, 653-658.
- Crahay, S. (1957). Les épreuves de mémoire immédiate dans la maladie de Korsakow d'origine alcoolique. *Acta neurologica belgica*, 57, 570-581.
- Cranach, D. v. (1982). Drogen im alten Ägypten. In G. Völger & K. v. Welck (Hrsg.). *Rausch und Realität* (S. 480-487). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

- Czisch, P., Böser, H., Mundle, G., Plauth, I., Mann, K. (1995). Depressive Symptome im Verlauf der stationären Therapie von Alkoholkranken. *Sucht, Sonderband*, 80-82.
- Davidson, R., Raistrick, D. (1986). The validation of the short alcohol dependence data (SADD) questionnaire: a short self-report questionnaire for the assessment of alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 81, 217-222.
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G., Mombour, W. (1979). *Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO ICD* (International Classification of Diseases), 9. Revision, Kapitel V. Berlin: Springer.
- De Lint, J., Schmidt, W. (1971). Consumption averages and alcoholism prevalence: A brief review of epidemiological investigations. *British Journal of Addiction*, 66, 97-107.
- Dilling, H., Weyerer, S., Enders, I. (1978). Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit. In H. Häfner (Hrsg.). *Psychiatrische Epidemiologie* (S. 135-160). Berlin: Springer.
- Dilling, H., Weyerer, S. (1984). Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen. In H. Dilling, S. Weyerer, R. Castell (Hrsg.). *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung* (S. 1-121). Stuttgart: Enke.
- Dilling, H., Oschinsky, A.M., Nieder, C. (1987). Trends in epidemiological and evaluative research on alcoholism in the Federal Republic of Germany. In B. Cooper (Ed.). *Psychiatric Epidemiology* (pp. 296-309). London: Croom Helm.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Dooley, D., Hough, R. (1992). Unemployment and alcohol disorder in 1910 and 1990: Drift versus social causation. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 65, 277-290.
- Drake, R.E., Osher, F.C., Wallach, M.A. (1989). Alcohol use and abuse in schizophrenia: A prospective community study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 408-414.
- Drake, R.E., Osher, F.C., Noordsy, D.L., Hurlbut, S.C., Teague, G.B., Beaudett, M.S. (1990). Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 57-67.
- Driessen, M., Petzold, J., John, U. (1995). *The prevalence of alcoholism in primary health care settings. A review of literature*. Lübeck: Medizinische Universität.
- Drummond, D.C. (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addiction*, 85, 357-366.

- Edwards, G., Chandler, J., Hensman, C., Peto, J. (1972). Drinking in a London suburb. Correlates of trouble with drinking among men. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 6, 94-119.
- Edwards, G., Gross, M.M. (1976). Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1058-1061.
- Edwards, G., Gross, M. M., Keller, M., Moser, J., Room, R. (1977). *Alcohol related disabilities*. WHO Offset Publication No. 32. Geneva: World Health Organization.
- Edwards, G. (1986a). The Alcohol Dependence Syndrome: A concept as stimulus to enquiry. *British Journal of Addiction*, 81, 171-183.
- Edwards, G. (1986b). *Arbeit mit Alkoholkranken*. München: Psychologie Verlagsunion
- Ehlers, A., Hahlweg, K. (1996). *Grundlagen Klinischer Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie* Bd. 1. Göttingen: Hogrefe.
- Elias, N. (1980). *Der Prozeß der Zivilisation* Bd. 1 u. 2. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Engfer, R., Bauer, M. (1991). Verbundsysteme in der Versorgung psychisch Kranker. In B. Dewe & N. Wohlfahrt (Hrsg.). *Netzwerkförderung und soziale Arbeit* (S. 130-154). Bielefeld: Kleine Verlag.
- Ewing, J.A. (1984). Detecting Alcoholism: The Cage Questionnaire. *Journal of American Medical Association*, 252, 1905-1907.
- Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G., Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Feuerlein, W., Kunstmann, G. (1973). Die Häufigkeit des Alkoholismus. Vergleich zwischen verschiedenen Krankenanstalten. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 115, 1991-1996
- Feuerlein, W., Ringer, C.H., Küfner, H., Antons, K. (1977). Diagnose des Alkoholismus. Der Münchner Alkoholismustest (MALT). *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 119, 1275-1282.
- Feuerlein, W., Küfner, H. (1977). Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden: Eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 224, 89-106.
- Feuerlein, W. (1984). *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit* (3. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Feuerlein, W. (1989). *Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Fichter, M.M. (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer.
- Filipp, S.-H. (1981). *Kritische Lebensereignisse* (1. Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.

- Filipp, S.-H. (1995). *Kritische Lebensereignisse* (3. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Filsinger, D., Bergold, J.B. (1993). Entwicklungsmuster und Entwicklungsdynamik psychosozialer Dienste: Probleme und Perspektiven. In J.B. Bergold & D. Filsinger (Hrsg.). *Vernetzung psychosozialer Dienste* (S. 11-47). Weinheim: Juventa.
- Finzen, C. (1985). *Alkohol, Alkoholismus und Medizin*. Rehburg-Loccum: Psychiatrie-Verlag.
- Fisseni, H.-J. (1990). Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. Göttingen: Hogrefe.
- Flügel, A., Merfert-Diete, C. (1993). Frauenspezifische Therapie. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht '94* (S. 48-58). Hamburg: Neuland.
- Fowler, R.C., Liskow, B.L., Tanna, V.L. (1980). Alcoholism, depression, and life events. *Journal of Affective Disorders*, 2, 127-135.
- George, D.T., Nutt, D.J., Dwyer, B.A. et al. (1990). Alcoholism and panik disorder: Is the comorbidity more than a coincidence? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 97-107.
- Goldberg, D.P., Cooper, B., Eastwood, M., Kedward, H.B., Shepherd, M. (1970). A Standardized Psychiatric Interview for Use in Community Surveys. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 24, 18-23.
- Goldberg, D.P., Williams, P. (1988). *A Users Guide to the General Health Questionnaire: GHQ*. Windsor: NFER-NELSON.
- Grant, B.F. (1989). DSM-III-R and ICD-10 classifications of alcohol use disorders and associated disabilities: A structural analysis. *International Review of Psychiatry*, 1, 21-39.
- Grüger, H., Wachtel, H.-W. (1991). *Gutachten zur Krankenhausplanung 1995 in Nordrhein-Westfalen - Teilgutachten Psychiatrie*. Friedrichshafen: Dornier GmbH.
- Grünberger, J. (1989). Neuropsychologische Defizite bei und nach chronischem Alkoholmißbrauch. In H.W. Schied, H. Heimann, K. Mayer (Hrsg.). *Der chronische Alkoholismus - Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 31-58). Stuttgart: Fischer.
- Gsellhofer, B., Fahrner, E.-M., Platt, J.J. (1993). *Addiction Severity Index*. (5th ed.). Dt. Übersetzung. München: Institut für Therapieforchung.
- Halikas, J.A., Herzog, M.A., Mirassou, M.M., Lyttle, M.D. (1981). Psychiatric diagnosis among female alcoholics. *Currents in Alcoholism*, 8, 283-291.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.

- Hammer, T. (1992). Unemployment and use of drug and alcohol among young people: A longitudinal study in the general population. *British Journal of Addiction*, 87, 1571-1581.
- Harper, C.G. (1982). The incidence of Wernicke's encephalopathie in Australia - A neuropathological study of 131 cases. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 46, 593-598.
- Hart, J.T. (1971). The inverse care law. *LANCET*, I, 406.
- Hell, D. (1985). Psychoorganische Syndrome bei Toxikomanen und Alkoholikern. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 136, 25-35.
- Helzer, J.E., Pryzbeck, T.R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 219-224.
- Helzer, J.E., Burnam, A., McEvoy, L.T. (1991). Alcohol abuse and dependence. In D.A. Regier & L.N. Robins (Eds.). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study* (pp. 81-115). New York: Free Press.
- Henkel, D. (1990). Arbeitslosigkeit und Alkoholismus. In D.R. Schwoon & M. Krausz (Hrsg.). *Psychiatrie und Suchtkranke - Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie* (S. 35-49). Stuttgart: Enke.
- Henkel, D. (1992). Massenarbeitslosigkeit und Alkoholismus in den neuen Bundesländern. *Argument-Sonderband*, 198, 128-148.
- Henkel, D. (1993). Thesen zur Bedeutung der Massenarbeitslosigkeit für den Alkoholismus in den neuen Bundesländern. *Sucht*, 39, 200-204.
- Hennekens, C.H., Buring, J.E. (1987). *Epidemiology in Medicine*. Boston: Little, Brown & Company.
- Herbig, R. (1990). Depression und Alkoholismus. In D.R. Schwoon & M. Krausz (Hrsg.). *Psychiatrie und Suchtkranke - Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie* (S. 106-116). Stuttgart: Enke.
- Herbst, K., Kraus, L., Scherer, K., Schumann, J. (1995). *Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland - Telefonische Erhebung 1994*. München: Institut für Therapieforchung.
- Herkner, W. (1986). *Einführung in die Sozialpsychologie* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Herr, R., Maier, W., Benkert, O. (1995). Results from the Mainz Centre. In T.B. Üstün & N. Satorius (Eds.). *Mental Illness in General Health Care. An International Study* (pp. 121-135). Chichester: John Wiley & Sons.
- Hesselbrock, M.N., Meyer, R.E., Keener, J. J. (1985). Psychopathology in hospitalized alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 42, 1050-1055.
- Hodgson, R. H., Stockwell, T. R. (1985). The theoretical and empirical basis of the alcohol dependence model. A social learning perspective. In N. Heather, I. Robert-

- son & P. Davies (Eds.). *The misuse of alcohol* (pp. 17-34). London: Croom Helm.
- Horvath, T.B., Siever, L.J., Mohs, R.C., Davis, K. (1989). Organic Mental Syndromes And Disorders. In H.J. Kaplan & B.J. Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry/V* (pp. 599-641). Vol. I. Baltimore: Williams & Wilkins,
- Hüllemann, M. (1983). 50 Jahre "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses". *Suchtgefahren*, 29, 387-389.
- Hüllinghorst, R. (1994). Interessen und Entscheidungsstrukturen von Leistungsträgern: Handicaps auf dem Weg zur regionalen Bedarfsplanung. In B. Jagoda & H. Kunze (Hrsg.). *Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen* (S. 186-195). Tagungsbericht der Aktion Psychisch Kranke. Köln: Rheinland-Verlag GmbH.
- Huss, M. (1852). *Chronische Alkoholkrankheit oder Alkoholismus chronicus*. Leipzig: C. E. Fritze.
- Jacobi, C., Brand-Jacobi, J., Marquardt, F. (1987). Die "Göttinger Abhängigkeitsskala (GABS)": Ein Verfahren zur differenziellen Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit. *Suchtgefahren*, 33, 23-36.
- Jagoda, B., Kunze, H., Aktion Psychisch Kranke (1994). *Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen*. Köln: Rheinland.
- Jellinek, E.M. (1946). Phases in drinking history of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 7, 1-88.
- Jellinek, E.M. (1952). Phases of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13, 673-684.
- Jellinek, E.M. (1959). Estimating the prevalence of alcoholism: Modified values in the Jellinek formula and alternative approach. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 20, 261.
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: College and University Press.
- Johannessen, D.J., Cowley, D.S., Walker, R.D. et al. (1989). Prevalence, onset, and clinical recognition of panic states in hospitalized male alcoholics. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1201-1203.
- John, U. (1984). Alkoholiker in Entzugsbehandlung - Alkoholiker in Therapie. Ein Vergleich. *Suchtgefahren*, 31, 47-56.
- John, U. (1985). *Rehabilitation Alkoholabhängiger - Ansätze und Grenzen sozialwissenschaftlicher Untersuchungen*. Freiburg: Lambertus.
- John, U., Veltrup, C., Schnofl, A., Bunge, S., Wetterling, T., Dilling, H. (1992a). Entwicklung eines Verfahrens zur Erfassung von Ausprägungen der Alkoholabhän-

- gigkeit aufgrund von Selbstaussagen: Die Lübecker Alkoholabhängigkeits-skala (LAS). *Sucht*, 38, 291-303.
- John, U., Schnofl, A., Veltrup, C., Bunge, S., Wetterling, T., Dilling, H. (1992b). Sekundärmerkmale des Alkoholabhängigkeitssyndroms: Entwicklung eines diagnostischen Fragebogens. *Sucht*, 38, 362-370.
- John, U., Hapke, U., Rumpf, H.-J., Hill, A., Dilling, H. (1996). Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in der medizinischen Versorgung. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Jost, H.J. (1988). *Erfolgspgnose einer psychosozialen Abhängigkeitstherapie*. Unveröff. Diss., Freie Universität, Berlin.
- Junge, B. (1993). Alkohol. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht '94* (S. 81-99). Hamburg: Neuland.
- Junge, B. (1994). Alkohol. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht '95* (S. 9-30). Hamburg: Neuland.
- Kaplan, H. J., Sadock, B. J. (1989). Comprehensive textbook of psychiatry/V. Vol. I u. II. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kähler, W.-M. (1993). Statistische Datenanalyse mit SPSS/PC+. Braunschweig: Vieweg
- Keeler, M.H., Taylor, C.I., Miller, W.C. (1979). Are all recently detoxified alcoholics depressed? *American Journal of Psychiatry*, 136, 586-588.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zharo, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U., Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results form the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Keupp, H. (1987). Helfer am Ende? Subjektive und objektive Grenzen psychosozialer Praxis in der ökonomischen Krise. In H. Keupp. *Psychosoziale Praxis im gesellschaftlichen Umbruch* (S. 55-85). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kielstein, V. (1990). *Alkoholismus*. Berlin: Verlag Tribüne.
- Klein, M. (1995). Gewalttaten unter Alkoholeinfluß: Bestandsaufnahme, Zusammenhänge, Perspektiven. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht '96* (S. 53-68). Hamburg: Neuland.
- Koelsch, K.A. (1977). Die Alkoholkrankheit vom Standpunkt des Internisten. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 71, 484-487.
- Korsakow, S.S. (1890). Ueber eine besondere Form psychischer Störung, combinirt mit multipler Neuritis. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 21, 669-704.
- Kreyßig, M., Ekelmann, F., Waschkies, H. (1983). Die Häufigkeit des Alkoholismus in einer großstädtischen allgemeinärztlichen Sprechstunde. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 77, 735-738.

- Küfner, H., Feuerlein, W., Flohrschütz, T. (1986). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen. Katamnестische Ergebnisse. *Suchtgefahren*, 32, 1-56.
- Küfner, H., Feuerlein, W., Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, 157-272.
- Kunze, H. (1989). Zur Versorgung chronischer Abhängigkeitskranker aus der Sicht eines Psychiatrischen Krankenhauses. *Sozialpsychische Informationen*, 3, 40-44.
- Kunze, H. (1992). Pflichtversorgung/Versorgungsverpflichtung - ethischer Imperativ oder technokratische Zwangsbeglückung. In G. Wienberg (Hrsg.). *Die vergessene Mehrheit* (S. 191-200). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Ladewig, D. (1996). *Sucht und Suchtkrankheiten*. München: Beck.
- Landis, J.R., Koch, G.G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 671-679.
- Langlott, I. (1989). Veränderungen hirnerkranklicher Beeinträchtigungen bei chronischem Alkoholismus während der Entgiftungsbehandlung. In J.-H. Mauthe & W. Schulz (Hrsg.). *Schriftenreihe der Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen Heft 9*. Königs-Lutter.
- Ledermann, S. (1956). *Mesures du degré d'intoxication alcoolique d'une population*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Lee, C.K., Kwack, Y.S., Yamamoto, J., Rhee, H., Kim, Y.S., Han, J.H., Choi, J.O., Lee, Y.J. (1990a). Psychiatric epidemiology in Korea. Part I: Gender and age differences in Seoul. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 242-246.
- Lee, C.K., Kwack, Y.S., Yamamoto, J., Rhee, H., Kim, Y.S., Han, J.H., Choi, J.O., Lee, Y.J. (1990b). Psychiatric epidemiology in Korea. Part II: Urban and rural differences. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 247-252.
- Legnaro, A. (1982). Ansätze zu einer Soziologie des Rausches - zur Sozialgeschichte von Rausch und Extase in Europa. In G. Völger & K. v. Welck (Hrsg.). *Rausch und Realität* (S. 93-114). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Lesch, O.M. (1985). *Chronischer Alkoholismus. Typen und ihr Verlauf*. Stuttgart: Thieme.
- Lesch, O.M., Lesch, E., Dietzel, M., Mader, R., Musalek, M., Walter, H., Zeiler, K. (1986). Chronischer Alkoholismus - Alkoholfolgekrankheiten - Todesursachen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 136, 505-515.
- Lesch, O.M., Dietzel, M., Musalek, M., Walter, H., Zeiler, K. (1989). Therapiekonzepte und Therapieziele im Lichte langfristiger Katamnesen. In H.W. Schied, H. Heimann, K. Mayer (Hrsg.). *Der chronische Alkoholismus - Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 267-284). Stuttgart: Fischer.

- Lesch, O.M., Bonte, H.W., Musalek, M., Sprung, R. (1990). Verlauforientierte Alkoholismusdiagnostik. In D.R. Schwoon & M. Krausz (Hrsg.). *Suchtkranke - Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie* (S. 81-91). Stuttgart: Enke.
- Lienert, G.A. (1989). *Testaufbau und Testanalyse* (4. Aufl.). München: Psychologie Verlagsunion.
- Linden, M., Helmchen, H. (1995). Results from the Berlin Centre. In T.B. Üstün, & N. Satorius (Eds.). *Mental Illness in General Health Care. An International Study* (pp. 99-119). Chichester: John Wiley & Sons.
- Lindenmeyer, J. (1996). *Lieber schlau als blau* (4. überarb. Aufl.). München: Psychologie Verlagsunion.
- Luther, M. (1541). Wider Hans Worst. Wittemberg: Hans Lufft.
- Mann, K., Petersen, D., Schied, H.W., Schroth, L.G., Heimann, H. (1990). Veränderungsmessungen bei Alkoholabhängigen. 1. Teil: Neurobiologische Befunde. In U. Baumann, E. Fähndrich, R.K. Sieglitz, B. Woggon (Hrsg.). *Veränderungsmessung in Psychiatrie und klinischer Psychologie* (S. 99-115). München: Profil.
- Mann, K. (1992). *Alkohol und Gehirn*. Berlin: Springer.
- Mann, K., Stetter, F., Günthner, A., Buchkremer, G. (1995). Qualitätsverbesserung in der Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. *Deutsches Ärzteblatt*, 92, 2217-2221.
- Marlatt, G.A., Rohsenow, D.J. (1980). Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design. In N.K. Mello (Ed.). *Advances in substance abuse. Behavioral and biological research* (pp. 159-199). Greenwich: JAI Press.
- Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: General overview. In G.A. Marlatt & J.R. Gordon (Eds.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (pp. 3-70). New York: Guilford.
- Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (1985). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behavior change. In P.O. Davidson & S.M. Davidson (Eds.). *Behavioral medicine: Changing health lifestyles* (pp. 410-452). New York: Bruner & Mazel.
- Masdeu, J.C., Solomon, S. (1989). Clinical Neurology and Neuropathology. In H.J. Kaplan & B.J. Sadock, B. (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry/V* (pp. 176-216). Vol. I. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Matakas, F., Berger, H., Kloeste, H., Legnaro, A. (1984). *Alkoholismus als Karriere*. Berlin: Springer.
- Mauthe, H.-J., Schulz, W., Weiß-Lenhardt, I. (1988). Statistische Beschreibung der Patienten des Suchtbereichs des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Königs-

- lutter. In J.-H. Mauthe & W. Schulz (Hrsg.). *Schriftenreihe der Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen Heft 3*. Königsutter.
- Mayfield, D., McLeod, G., Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism screening instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1128.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., Woody, G.E. (1980). An improved evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P., Kron, R. (1981). Are the "addiction-related" problems of substance abusers really related? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 232-239.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P., Druley, K.A. (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. *Archives of General Psychiatry*, 40, 620-625.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H.L., O'Brien, C.P. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. response to alcohol and drug abuse treatments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412-423.
- McLellan A.T., Kushner, H., Metzger, D. Peters, R., Smith, J. Grissom, G., Pettinati, H., Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Melgaard, B. (1993). Chronic encephalopathy and peripheral neuropathy associated with alcoholism. *Danish Medical Bulletin*, 40, 31-38.
- Miller, F.T., Tanenbaum, J.H. (1989). Drug abuse in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 847-849.
- Möller, H.J., Angermund, A., Mühlen, B. (1987). Prävalenzraten von Alkoholismus an einem chirurgischen Allgemeinkrankenhaus: Empirische Untersuchungen mit dem Münchener Alkoholismustest. *Suchtgefahren*, 33, 199-202.
- Moore, R., Bone, L.R., Geller, G., Mamon, J.A., Stokes, E.J., Levone, D.M. (1989). Prevalence, detection, and treatment of alcoholism in hospitalized patients. *Journal of the American Medical Association*, 261, 403-407.
- Müller, H.R., Schacke, J., Stimmer, F. (1991). *Gemeindenahe Suchtkrankenhilfe*. Hamburg: Neuland.
- Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Levinson, D.F., Singh, H., Bellack, A.S., Kee, K., Morrison, R.L., Yadam, K.G. (1990). Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 31-56.
- Murphy, G.E., Wetzel, R.D. (1990). Lifetime risk of suicide in alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 47, 383-392.

- Observer, M., Maxwell, A. (1959). A study on absentism, accidents and sickness payments in problem drinkers in one industry. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 20, 302.
- Olk, T., Otto, H.U. (1987). Institutionalisierungsprozesse sozialer Hilfe - Kontinuitäten und Umbrüche. In T. Olk & H.U. Otto (Hrsg.). *Soziale Dienste im Wandel* (S. 1-24). Neuwied: Luchterhand.
- Othmer, E., Penick, E.C., Powell, B. (1981). *Psychiatric Diagnostic Interview*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Peiffer, J. (1989). Neuropathologische Aspekte des chronischen Alkoholismus. In H.W. Schied, H. Heimann, K. Mayer (Hrsg.). *Der chronische Alkoholismus - Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 103-120). Stuttgart: Fischer.
- Penick, E.C., Powell, B., Othmer, E., Bingham, S.F., Rice, A.S., Liese, B.S. (1984). Subtyping Alcoholics by Coexisting Psychiatric Syndroms: Course, Family History, Outcome. In D.W. Goodwin, K.T. Van Dusen, S.A. Mednick (eds). *Longitudinal research in alcoholism* (pp. 167-196). Boston: Kluwer-Nijhoff.
- Peßner, G., Keyserlingk, H.v. (1988). Zur Problematik von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit in einem Kreiskrankenhaus. In Wilhelm-Pieck-Universität (Hrsg.). *Alkohol - das chronische Zuviel und seine Komplikationen* (S. 35-38). Rostock: Wilhelm-Pieck-Universität.
- Petry, J. (1993). *Behandlungsmotivation*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Poeck, K. (1990). *Neurologie* (7. Aufl.). Berlin: Springer.
- Popham, R.E. (1970). Indirect methods of alcoholism prevalence estimation: A critical evaluation. In R.E. Popham (Ed.). *Alcohol and alcoholism*. Papers presented at the International Symposium in Memory of E.M. Jellinek. Toronto: University of Toronto Press.
- Powell, B., Penick, E.L., Othmer, E., Bingham, S.F., Rice, A.S. (1982). Prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 404-407.
- Preiser, G. (1982). Wein im Urteil der griechischen Antike. In G. Völger & K. v. Welck (Hrsg.) *Rausch und Realität* (S. 507-520). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Redlich, F.C., Freedman, D.X. (1976). *Theorie und Praxis der Psychiatrie*. Bd 1 u. 2. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Regier, D. A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of Mental Disorders With alcohol and Other Drug Abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Reulecke, J., Weber, W. (Hrsg.). *Fabrik, Familie, Feuerabend*. Wuppertal: Hammer.
- Richter, G. (1991). Alkoholabhängigkeit - ein Eisbergphänomen. *Sucht*, 37, 93-101.

- Ridgely, M.S., Goldman, H.H., Talbott, J.A. (1986). *Chronic mentally ill young adults with substance abuse problems: A review of relevant literature and creation of a research agenda*. Mental Health Policy Studies. Baltimore: University of Maryland.
- Ridgely, M.S., Osher, F.C., Talbott, J.A. (1987). *Chronic mentally ill young adults with substance abuse problems: treatment and training issues*. Mental Health Policy Studies Center. Baltimore: University of Maryland.
- Rienas, S., Schulz, W., Schneider, W. (1991). Zur Häufigkeit und Veränderung prognostisch ungünstiger Patienten im Suchtbereich des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Königslutter. In J.-H. Mauthe & W. Schulz (Hrsg.). *Schriftenreihe der Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen Heft 17*. Königslutter.
- Rienas, S., Sohns-Pflüger, B., Schulz, W. (1992). Situation und Betreuung chronisch mehrfachgeschädigter Alkoholkranker nach einer Entgiftungsbehandlung im Niedersächsischen Landeskrankenhaus Königslutter - Bericht über eine Verlaufsstudie (Studie I). In J.-H. Mauthe & W. Schulz (Hrsg.) *Schriftenreihe der Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen Heft 20*. Königslutter.
- Ritson, B. (1994). Die Zusammenarbeit zwischen primären Gesundheitsdiensten und Spezialeinrichtungen für Menschen mit Alkoholproblemen. In B. Jagoda & H. Kunze (Hrsg.). *Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen* (S. 50-65). Tagungsbericht der Aktion Psychisch Kranke. Köln: Rheinland-Verlag GmbH.
- Robertson, I. (1986). A modest statistical phenomenon of little theoretical coherence. Comments on Griffith Edwards' 'The Alcohol Dependence Syndrome: Concept as a stimulus to enquiry'. *British Journal of Addiction*, 81, 190-193.
- Robins, E., Gentry, K.A., Munoz, R.A., Marten, S. (1977). A contrast of the three more common illnesses with the ten less common in a study and 18-months follow-up of 314 psychiatric emergency room patients. *Archives of General Psychiatry*, 34, 269-281.
- Rohrmann, T. (1992). Chronisch mehrfach geschädigte Alkoholiker. Eine Literaturübersicht. In J.-H. Mauthe & W. Schulz (Hrsg.). *Schriftenreihe der Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen Heft 19*. Königslutter
- Ross, H.E., Glaser, F.B., Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023-1031.
- Rössler, W. (1994). Wohnungslosigkeit unter psychisch Kranken - eine neue Problemdiskussion. *Psychiatrische Praxis*, 21, 171-172.

- Rothenbacher, H., Fritz-Pfannkuch, G., Weithmann, G. (1985). Sind Entwöhnungsstationen in Psychiatrischen Landeskrankenhäusern notwendig? Ein Vergleich der PLK-Klientel mit der Klientel der Fachkrankenhäuser. *Spectrum*, 1, 42-44
- Roy, A. (1993). Risk Factors for Suicide Among Adult Alcoholics. *Alcohol Health & Research World*, 17, 133-136.
- Ruf, G., Andritsch, F. (1986). Die Versorgung psychoorganisch beeinträchtigter und sonstiger sogenannter therapieresistenter Alkoholiker im psychiatrischen LKH Weinsberg. *Suchtgefahren*, 32, 210-214.
- Rummel, M. (1995). Arbeit, Alkohol, Arbeitslosigkeit. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht '96* (S. 257-266). Hamburg: Neuland
- Rush, B. (1790). *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind with an account of the means of preventing and of the remedies for curing them*. Boston: Thomas & Andrews. Reprint: *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1943, 4, 321-341.
- Sapper, R. (1995). Selbsthilfegruppen für Suchtkranke und ihre Angehörigen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht '96* (S. 223-230). Hamburg: Neuland.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Satorius, N., Üstün, T.B., Costa e Silva, J.A. et al. (1993). An international study of psychological problems in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 50, 819-824.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G. (1987). *WHO-Collaborative project on identification and treatment of persons with harmful alcohol consumption. Report on Phase I. - Development of a screening instrument* (pp. 1-97). Geneva: WHO-Devision of Mental Health.
- Schied, H.W., Heimann, H., Mayer, K. (1989). *Der chronische Alkoholismus - Grundlagen, Diagnostik, Therapie*. Stuttgart: Fischer.
- Schiewe, M. (1995). *Hirnorganische Beeinträchtigungen chronisch mehrfachgeschädigter Alkoholabhängiger*. Unveröff. Dipl. Arbeit, Technische Universität Carolo-Wilhelmina, Braunschweig.
- Schivelbusch, W. (1985). *Das Paradies, der Geschmack und die Vernunft*. Frankfurt a.M.: Ullstein.
- Schmidt, L. (1993). *Alkoholkrankheit und Mißbrauch* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schmidt, W., De Lint, J.E. (1970). Estimating the prevalence of alcoholism from alcohol consumption and mortality data. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 31, 957-964.
- Schneider, K. (1976). *Klinische Psychopathologie* (9. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

- Schneider, W., Schulz, W., Rienas, S. (1991). Hirnorganische Beeinträchtigungen prognostisch ungünstiger Patienten im Suchtbereich des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Königslutter. In J.-H. Mauthe & W. Schulz (Hrsg.). *Schriftenreihe der Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen Heft 18*. Königslutter.
- Scholz, E., Diener, H.C. (1989). Alkoholschäden an peripheren Nerven und Kleinhirn. In H.W. Schied, H. Heimann, K. Mayer (Hrsg.). *Der chronische Alkoholismus - Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 141-154). Stuttgart: Fischer.
- Schuckit, M.A. (1989). Alcoholism: An introduction. In M.A. Schuckit (Ed.). *Drug and alcohol abuse* (pp. 45-55). New York: Plenum.
- Schulte, W., Tölle, R. (1979). *Psychiatrie* (5. erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Schulz, W., Mauthe, J.-H., Sündermann, S. (1989). Der alkoholische Eifersuchtswahn. *psychomed*, 1, 273-275.
- Schulz, W., Weiß-Lehnhardt, I. (1989). Untersuchung zur Bedeutung des Lebensalters für die Suchtentwicklung und Suchtbehandlung bei alkohol- und medikamentenabhängigen Patienten des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Königslutter. In J.-H. Mauthe & W. Schulz (Hrsg.). *Schriftenreihe der Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen Heft 7*. Königslutter.
- Schulz, W. (1990). *Indikations- und Prognosekriterien bei der Behandlung von Alkoholikern*. Vortrag auf der Jahrestagung des Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke e.V. in Oldenburg, 2.-4. April 1990.
- Schulz, W., Samel, G. (1990). Zur Behandlung prognostisch ungünstiger Patienten im Suchtbereich des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Königslutter. In J.-H. Mauthe & W. Schulz (Hrsg.). *Schriftenreihe der Suchtforschungsstelle Ostniedersachsen Heft 11*. Königslutter.
- Schulz, W. (1992). Empirische Studie zur Häufigkeit, Charakteristik und Behandlung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholiker in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus. *Sucht*, 38, 386-397.
- Schwoon, D.R., Veltrup, C., Gehlen, A. (1989). Ein mehrstufiges Behandlungsangebot für Alkoholiker: Inanspruchnahme und Behandlungsergebnisse. *Psychiatrische Praxis*, 16, 161-176.
- Schwoon, D.R. (1989). Selbsthilfe und professionelle Hilfe in der Nachsorgephase bei Abhängigkeitskranken. In M.C. Angermeyer & D. Klusmann (Hrsg.). *Soziales Netzwerk* (S. 290-298). Berlin: Springer.
- Schwoon, D.R., Krausz, M. (1992). *Psychose und Sucht - Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze*. Freiburg: Lambertus.
- Schwoon R.D. (1992). Motivation - ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In G. Wienberg (Hrsg.). *Die vergessene Mehrheit* (S. 170-182). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Selzer, M.L., Vinokur, A., Rooijen, L. (1975). A self-administered short Michigan Alcoholism Screening Test (SMAST). *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 117-126.
- Semler, G. (1990). *Reliabilität und Validität des Composite International Diagnostic Interview*. Regensburg: Roderer.
- Shaw, S. (1979). A critique of the concept of the alcohol dependence syndrome. *British Journal of Addiction*, 74, 339-348.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Simon, R., Lehnitzk-Keiler, C. (1995). *Jahresstatistik 1994 der stationären Suchtkrankenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland*. SEDOS-Berichte Bd 1. Hamm: SEDOS-AG bei der DHS.
- Simon, R., Tauscher, M., Gessler, A. (1997). *Suchtbericht Deutschland 1997*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Skarabis, H. (1986). Anmerkungen zum Forschungsbericht "Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse". *Suchtgefahren*, 32, 332-338.
- Skinner, H.A., Horn, J.L. (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS)*. User's Guide. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sobell, L.C., Sobell, M.B., Christelman, W.C. (1972). The myth of "one drink". *Behavior, Research and Therapy*, 10, 119-123.
- Sonneck, G. (1991). Sucht und Suizid. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 14, 101-105
- Soyka, M. (1989). Die Alkoholhalluzinose. *Nervenheilkunde*, 8, 128-133.
- Soyka, M., Zugs, G. (1989). Zur differentialdiagnostischen Abgrenzung der Alkoholhalluzinose von den Schizophrenien. *Nervenheilkunde*, 8, 121-127.
- Speckmann, H. (1991). Die Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitskranker. *Zeitschrift für das Fürsorgewesen*, 5, 97-99.
- Spielberger, C.D. (1983). *Stait-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E. (1978). *Research Diagnostic Criteria (RDC)*. New York: Biometric Research.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E. (1982). *Forschungs-Diagnose Kriterien (RDC): für eine ausgewählte Gruppe psychiatrischer Erkrankungen*. Dt. Bearbeitung H.E. Klein. Weinheim: Beltz.
- Spode, H. (1993). *Die Macht der Trunkenheit*. Opladen: Leske + Budrich.
- Steingass, H.P. (1994). *Kognitive Funtkionen Alkoholabhängiger*. Hamburg: Neuland.
- Stetter, F., Schoon, M., Taubert, S., Wegener, C., Mann, K., Heimann, H. (1990). Veränderungsmessungen bei Alkoholabhängigen. 2. Teil: Faktoren- und Varianzanalyse neurobiologischer Ergebnisse. In U. Baumann, E. Fähndrich, R.K. Sieg-

- litz, B. Woggon (Hrsg.). *Veränderungsmessung in Psychiatrie und klinischer Psychologie* (S. 119-132). München: Profil.
- Stockwell, T.R., Hodgson, R.J., Edwards, G., Taylor, C., Rankin, H. (1979). The Development of a Questionnaire to Measure Severity of Alcohol Dependence. *British Journal of Addiction*, 74, 79-87.
- Stockwell, T., Murphy, D., Hodgson, R. (1983). The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: Its Use, Reliability and Validity. *British Journal of Addiction*, 78, 145-155.
- Stötzer, A., Poser, W., Becker, R. (1988). Empirische Evaluationsstudien zum Zusammenhang von Suizid und Sucht. In H.J. Möller, A. Schmidt, R. Welz (Eds.). *Current issues of suicidology* (pp. 114-118). Berlin: Springer.
- Süß, H.-M., Waldow, M. (1986). Modelle zur indikationsgeleiteten Variation der Behandlungsdauern in der stationären Therapie von Alkoholabhängigen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 34, 325-334.
- Süß, H.-M. (1988). *Evaluation von Alkoholismustherapie*. Bern: Huber.
- Tacitus, P.C. (98/1971). *Germania*. Stuttgart: Reclam.
- Tarter, R.E. (1980). Brain damage in chronic alcoholics: A review of the psychological evidence. In D. Richter (Ed.). *Addiction and Brain Damage* (p. 267-297). London: Croom Helm.
- Tauscher, M., Simon, R., Helas, I., Schmidtbreich, B., Hüllinghorst, R., Bühringer G. (1995). *Erweiterte Jahresstatistik 1994 der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke in der Bundesrepublik Deutschland (Tabellenband)*. EBIS-Berichte Bd 22. Hamm: EBIS-AG bei der DHS.
- Test, M.A., Wallisch, L.S., Allness, D.J., Ripp, K. (1989). Substance use in young adults with schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 465-476.
- Thorndike, E.L. (1920). A constant error in psychological rating. *Journal of Applied Psychology*, 4, 25-29.
- Torvik, A., Lindboe, C.E., Rogde, A. (1982). Brain lesions in alcoholics: A neuropathological study with clinical correlations. *Journal of Neurological Sciences*, 56, 233-248.
- Torvik, A. (1987). Brain lesions in alcoholics: Neuropathological observation. *Acta Medica Scandinavica*, 222, 47-54.
- Tress, W., Schepank, H. (1990). Zur Epidemiologie psychogener Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. In M. Schmidt (Hrsg.). *Fortschritte in der Psychiatrischen Epidemiologie* (S. 75-87). Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.
- Trojan, A. (1980). Epidemiologie des Alkoholkonsums und der Alkoholkrankheit in der BRD. *Suchtgefahren*, 26, 1-17.

- Trotter, T. (1804). *An essay, medical, philosophical and chemical, on drunkenness and its effects on the human body*. London. Partly Reprint: *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 1941, 2, 584-585.
- Tyndel, M. (1974). Psychiatric study of one thousand alcoholic patients. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 19, 21-24.
- Ullrich de Muynck, R., Ullrich, R. (1977). *Unsicherheitsfragebogen*. Testmanual. München: Beltz.
- Üstün, T.B., Wittchen, H.U. (1992). Instruments for the assessment of substance use disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 5, 412-419.
- Üstün, T.B., Satorius, N. (1995). *Mental Illness in General Health Care. An International Study*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Veltrup, C. (1995). *Abstinenzgefährdung und Abstinenzbeendigung bei Alkoholabhängigen nach einer umfassenden stationären Entzugsbehandlung*. Münster: Waxmann.
- Victor, M., Lauren, R. (1978). Neurological complications of alcohol abuse: Epidemiological aspects. In B. Schoenberg (Ed.). *Advances in Neurology* (pp. 603-617). New York: Raven Press.
- Vogt, I. (1984). Defining Alcohol Problems as a Repressive Mechanism: Its Formative Phase in Imperial Germany and Its Strength Today. *International Journal of the Addictions*, 19, 551-569.
- Wagner, H.B., Schwoon, D.R., Krausz, M., Hilge, T. (1992). Alkoholismus und Psychose - Prävalenz und Wechselwirkung in einer klinischen Stichprobe. In D.R. Schwoon & M. Krausz (Hrsg.). *Psychose und Sucht - Krankheitsmodelle, Verbreitung, therapeutische Ansätze* (S. 105-124). Freiburg: Lambertus.
- Wanke, K., Täschner, K.-H. (1985). *Rauschmittel - Drogen, Medikamente, Alkohol* (5. neu bearb. Aufl.). Stuttgart: Enke.
- Wassertheil-Smoller, S. (1995). *Biostatistics and Epidemiology*. A Primer for Health Professionals (2nd ed.). New York: Springer.
- Weiss, K.J., Rosenberg, D.J. (1985). Prevalence of anxiety disorder among alcoholics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 3-5.
- Weithmann, G., Lenz-Brücker, U., Rothenbacher, H. (1989). Unterschiedliche Formen der Chronifizierung bei suchtkranken Patienten eines psychiatrischen Krankenhauses. *Psychiatrische Praxis*, 16, 171-178.
- Wells, J.E., Bushnell, J.A., Hornblow, A.R., Joyce, P.R., Oakley Browne, M.A. (1989). Christchurch psychiatric epidemiology study, I: methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 315-326.
- Welte, J.W., Barnes, G.M. (1992). Drinking among homeless and marginally housed adults in New York State. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 303-315.

- Welz, R. (1992). Definition, Suizidmethoden, Epidemiologie und Formen der Suizidalität. In H. Wedler, M. Wolfersdorf, R. Welz (Hrsg.). *Therapie bei Suizidgefährdung* (S. 11-22). Regensburg: Roderer.
- Wenig, C., Fleischmann, H., Lenske, H., Unglaub, W. (1992). Die Behandlung mehrfach geschädigter Abhängiger. In H. Klein & H. Fleischmann (Hrsg.). *Suchtkranke im psychiatrischen Krankenhaus - Therapeutische Chancen?* (S. 107-116). Hamburg: Neuland.
- Wernicke, C. (1874). *Der Aphasische Symptomencomplex*. Breslau: Schletter.
- Wessel, K. (1989). Symptomatologie der Alkoholfolgekrankheiten. In H.W. Schied, H. Heimann, K. Mayer (Hrsg.). *Der chronische Alkoholismus - Grundlagen, Diagnostik, Therapie* (S. 95-102). Stuttgart: Fischer.
- Wessel, T., Pörksen, N., Zechert, C. (1997). Wohnungslose Patienten in der Psychiatrischen Klinik. *Psychiatrische Praxis*, 24, 167-171.
- Westermeyer, J., Tucker, P., Nugent, S. (1995). Comorbid Anxiety Disorder Among Patients With Substance Abuse Disorders. *American Journal on Addictions*, 4, 97-106.
- Whitlock, F.A. (1974). Liver cirrhosis, alcoholism, and alcohol consumption. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 35, 586-605.
- Wienberg, G. (1992a). Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der Bundesrepublik - ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen. In G. Wienberg (Hrsg.). *Die vergessene Mehrheit* (S. 12-60). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G. (1992b). *Die vergessene Mehrheit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Wienberg, G. (1993). Abhängigkeitskranke in psychiatrischer Krankenhausbehandlung: Ergebnisse einer Erhebung in 14 Kliniken der Bundesrepublik. *Sucht*, 39, 264-275.
- Wienberg, G. (1994). Die vergessene Mehrheit - Struktur und Dynamik der Versorgung Abhängigkeitskranker in der Bundesrepublik. In B. Jagoda & H. Kunze (Hrsg.). *Gemeindepsychiatrische Suchtkrankenversorgung - Regionale Vernetzung medizinischer und psychosozialer Versorgungsstrukturen* (S. 18-36). Tagungsbericht der Aktion Psychisch Kranke. Köln: Rheinland-Verlag GmbH.
- Wieser, S. (1973). *Das Trinkverhalten der Deutschen - eine medizin-soziologische Untersuchung*. Herford: Nicol-Verlag.
- Wieser, S., Feuerlein, W. (1976). Über die Prävalenz des Alkoholismus (Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit) im Bundesland Bremen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 44, 447-461.
- Wing, J.K., Babor, T., Brugha, J., Burke, J. Cooper, J.E., Giel, R., Jablensky, A., Regier, D., Satorius, N. (1990). SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47, 589-593.

- Winokur, G. (1970). Genetic findings and methodological considerations in manic-depressive disease. *British Journal of Addiction*, 117, 104-111.
- Winokur, G. (1979). Alcoholism and Depression in the same Family. In D.W. Goodwin & C.K. Erickson (Eds.). *Alcoholism and Affektive Disorders* (pp. 49-56). New York: SP Medical & Scientific Books.
- Winter, E. (1991). Alkoholismus im Sozialismus der Deutschen Demokratischen Republik - Versuch eines Rückblickes. *Sucht*, 37, 71-85.
- Winter, E. (1992). *Von Befremdlichkeiten in der Suchtbehandlung*. Vortrag auf der Jahrestagung der Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD) e. V. in Dresden, 14.-17. Oktober 1992.
- Wirth, W. (1982). *Inanspruchnahme sozialer Dienste*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Wittchen, H.-U. (1984). *The German Version of the Diagnostic Interview Schedule (DIS, Version 2) - Reliability and Results form a General Population Servey*. Report to the Division of Biometry and Epidemiology. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Wittchen, H.U., Saß, H., Zaudig, M., Koehler, K. (1989). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - DSM-III-R*. Weinheim: Beltz.
- Wittchen, H.U., Zaudig, M., Schramm, E., Spengler, P., Mombour, W., Klug, J., Horn, R. (1990). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-III-R (SKID)*. Weinheim: Beltz Test.
- Wittchen, H.U., Semler, G. (1991). *Composite International Diagnostic Interview - CIDI* - Interviewheft. Weinheim: Beltz Psychologie Verlagsunion.
- Wittchen, H.-U., Essau, C.A., Zerssen, D. v., Krieg, C.J., Hecht, H. (1992). Lifetime and 6-Month Prevalence of Mental Disorders in the Munich Follow-Up Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 241, 247-258.
- Wittchen, H.-U., Perkonig, A. (1996). Epidemiologie psychischer Störungen. Grundlagen, Häufigkeiten, Risikofaktoren und Konsequenzen. In A. Ehlers & K. Hahlweg (Hrsg.): *Klinische Psychologie, Bd 1: Grundlagen Klinischer Psychologie. Enzyklopädie der Psychologie* (S. 69-144). Göttingen: Hogrefe.
- Wolfersdorf, M., Wedler, H., Welz, R. (1992). Diagnostik von Suizidalität. In H. Wedler, M. Wolfersdorf, R. Welz (Hrsg.). *Therapie bei Suizidgefährdung* (S. 23-50). Regensburg: Roderer.
- Woodruff, R.A., Guze, S.B., Clayton, P.J., Carr, D. (1973). Alcoholism and depression. *Archives of General Psychiatry*, 28, 97-100.
- World Health Organization (1992). *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*. Interview and Manual. Geneva: WHO.
- Zeiler, J. (1990). *Schizophrenie und Alkohol. Zur Psychopathologie schizophrener Bewältigungsstile*. Berlin: Springer.
- Zeiler, J. (1991). Mißbrauch psychoaktiver Stoffe bei Schizophrenen. *Sucht*, 37, 229-239.

- Ziegler, H. (1992). Der Bedarf: Welche Hilfen brauchen Abhängigkeitskranke? Fachliche Standards für die 90er Jahre. In G. Wienberg (Hrsg.). *Die vergessene Mehrheit* (S. 61-68). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Zintl-Wiegand, A., Schmidt-Maushart, C., Leisner, R., Cooper, B. (1978). Psychische Erkrankungen in Mannheimer Allgemeinpraxen. In H. Häfner (Hrsg.). *Psychiatrische Epidemiologie* (S. 111-133). Berlin: Springer.

IX. ANHANG - A

Der Alcohol Problems Questionnaire

Alle Fragen beziehen sich auf die vorangehenden sechs Monate und sind mit 'ja' oder 'nein' zu beantworten. Zwei Fragen aus dem Originalfragebogen, die selten beantwortet wurden, wurden aus der Endversion ausgeschlossen.

Allgemeine Fragen:

1. Haben Sie dazu geneigt, mehr als gewöhnlich alleine zu trinken?
2. Waren Sie beunruhigt, Freunde am Tag nach einer Trinkgelegenheit wiederzusehen?
3. Haben Sie mehr Zeit mit alkoholtrinkenden als mit anderen Freunden verbracht?
4. Wurden Sie von Freunden wegen zu hohem Alkoholkonsum kritisiert?
5. Haben Sie irgendwelche Schulden gemacht?
6. Haben Sie irgendetwas aus Ihrem Besitz versetzt, um Alkohol zu kaufen?
7. Haben Sie irgendwelche Entschuldigungen wegen Geld gemacht?
8. Haben Sie sich wegen Geld in Lügen verstrickt?
9. Haben Sie wegen Ihres Trinkens Schwierigkeiten mit der Polizei bekommen?
10. Haben Sie Ihren Führerschein wegen Alkohol am Steuer verloren?
11. Sind Sie schon einmal im Gefängnis gewesen?
12. Sind Sie physisch krank geworden nachdem Sie getrunken hatten?
13. Haben Sie schon einmal Durchfall nach einer Trinkgelegenheit erlebt?
14. Haben Sie schon einmal Magenschmerzen nach einer Trinkgelegenheit erlebt?
15. Sind Ihnen schon einmal Finger oder Zehen eingeschlafen?
16. Haben Sie schon einmal Unfälle nach einer Trinkgelegenheit erlebt, die eine Krankenhausbehandlung erforderlich machten?
17. Haben Sie Gewicht verloren?
18. Haben Sie sich physisch vernachlässigt?
19. Haben Sie es schon einmal zu irgendeiner Zeit für mehrere Tage versäumt, sich zu waschen?
20. Haben Sie sich schon einmal länger als eine Woche niedergeschlagen gefühlt?
21. Haben Sie sich schon einmal so niedergeschlagen gefühlt, daß Sie sich umbringen wollten?
22. Haben Sie irgendwelchen früheren Hobbies zugunsten Ihres Trinkens aufgegeben?
23. Wurde es für Sie zunehmend schwieriger, Freude an Ihren gewohnten Interessen zu empfinden?

Fragen zur Ehe:

24. Hat sich Ihr Ehepartner über Ihr Trinken beschwert?
25. Hat Ihr Ehepartner versucht, Sie vom Alkoholtrinken abzuhalten?
26. Hat er/sie sich geweigert mit Ihnen zu sprechen, weil Sie tranken?
28. Hat er/sie Sie ins Bett gebracht, nachdem Sie getrunken hatten?

29. Haben Sie ihn/sie angeschrien, nachdem Sie getrunken hatten?
30. Haben Sie ihn/sie verletzt, nachdem Sie getrunken hatten?
31. Sind Sie rechtskräftig getrennt von Ihrem Ehepartner?
32. Hat er/sie sich geweigert mit Ihnen Sex zu haben, weil Sie getrunken hatten?

Fragen zu Kindern:

33. Haben Ihre Kinder Ihr Trinken kritisiert?
34. Hatten Sie Krach mit Ihren Kindern wegen Ihres Trinkens?
35. Neigen Ihre Kinder dazu, Ihnen auszuweichen, wenn Sie getrunken haben?
36. Haben Ihre Kinder versucht, Sie vom Trinken abzuhalten?

Fragen zur Arbeit:

37. Fanden Sie Ihre Arbeit weniger interessant als gewöhnlich?
38. War es Ihnen durch Ihr Trinken unmöglich, pünktlich zur Arbeit zu kommen?
39. Haben Sie einen ganzen Arbeitstag versäumt nach einer Trinkgelegenheit?
40. Waren Sie wegen Ihres Trinkens weniger in der Lage, Ihre Arbeit zu tun?
41. Hat irgendjemand auf der Arbeit sich wegen Ihres Zuspätkommens oder Ihres Fehlens beschwert?
42. Haben Sie irgendwelche formalen Verwarnungen von Ihren Arbeitgebern erfahren?
43. Sind Sie jemals von der Arbeit suspendiert oder entlassen worden?
44. Haben Sie irgendwelche Arbeitsunfälle verursacht durch Alkohol erlebt?

Quelle: Drummond, D.C. (1990). The relation between alcohol dependence and alcohol-related problems in a clinical population. *British Journal of Addiction*, 85, 357-366 (Übers. d. Verf.)

ANHANG - B**Sekundärmerkmale des Abhängigkeitssyndroms**

Im folgenden finden Sie Fragen über mögliche Probleme, die aus Ihrem Alkoholkonsum entstanden sind, sowie einige weitere Fragen. Bitte geben Sie jeweils die Antwort an, die Ihnen als erste in den Sinn kommt.

Sie können nichts falsch machen!

Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, daß eine Feststellung nicht richtig paßt. Kreuzen Sie trotzdem immer eine Antwort an und zwar die, welche am ehesten auf Sie zutrifft. Mit "Trinken" ist im Fragebogen immer "Alkoholtrinken" gemeint.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Anonymität ist gewährleistet.

FRAGEBOGEN ZUM ALKOHOL

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft zu	Trifft genau zu
	1	2	3	4
S14 Nach Trinken habe ich erschreckende Dinge gesehen, von denen ich später wußte, daß sie nicht da waren.				
AD08 Wegen meines Trinkens habe ich Dinge gesehen, die nicht wirklich da waren.				
AD19 Wegen meines Trinken habe ich "Dinge" gehört, die nicht wirklich da waren.				
AD21 Wegen des Trinkens hatte ich Empfindungen, daß "Dinge" auf mir herumkrabbeln, die nicht wirklich da waren (z. B. Insekten, Spinnen)				
S15 An einem Tag, nachdem ich getrunken hatte, hatte ich vergessen, was am Abend zuvor passiert war.				
A010 Ich hatte "Filmrisse" (Gedächtnisverluste) wegen meines Trinkens.				
AD16 Mein Denken war nach schwerem Trinken verschwommen oder unklar gewesen.				
AD22 1 Ich hatte "Filmrisse" (Gedächtnisverluste) für Zeiten von jeweils weniger als einer Stunde.				
AD22 2 Ich hatte "Filmrisse" (Gedächtnisverluste) für Zeiten von jeweils mehreren Stunden.				
AD22 3 Ich hatte "Filmrisse" (Gedächtnisverluste) für Zeiten von jeweils einem Tag oder länger.				
C2 Mich hat jemand durch Kritisieren meines Trinkens geärgert.				
MA03 Mein (Ehe-)Partner oder meine Eltern haben sich über mein Trinken Sorgen gemacht oder beklagt.				
MA11 Mein Alkoholkonsum hat zu Problemen zwischen meinem (Ehe-)Partner und mir geführt. Noch nie (Ehe-)Partner gehabt. <input type="checkbox"/>				

		Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft zu	Trifft genau zu
		1	2	3	4
MA12	Mein (Ehe-)Partner oder ein anderer Angehöriger hatten wegen meines Trinkens jemanden um Hilfe gebeten.				
MS16	Ohne Alkohol hätte ich nicht so viele Probleme.				
MS18	Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben.				
MS21	Wenn ich nicht trinken würde, käme ich mit meinem (Ehe-)Partner besser zurecht. Kein (Ehe-)Partner <input type="checkbox"/>				
MS23	Wenn ich nicht trinken würde, wäre ich mit mir zufrieden.				
MS13	Ich habe nach dem Trinken von Alkohol schon öfter Gewissensbisse (Schuldgefühle) gehabt.				
c1	Ich habe das Gefühl gehabt, daß ich meinen Alkoholkonsum verringern sollte.				
c3	Ich habe mich einmal schlecht oder schuldig gefühlt wegen meines Alkoholtrinkens.				
MS10	An der Arbeitsstelle hat man mir schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht. Noch nie eine Arbeitsstelle gehabt. <input type="checkbox"/>				
MA14	Wegen meines Trinkens habe ich einmal Probleme am Arbeitsplatz bekommen. Noch nie eine Arbeitsstelle gehabt. <input type="checkbox"/>				
MA15	Wegen meines Trinkens habe ich einmal eine Arbeit verloren. Noch nie eine Arbeitsstelle gehabt. <input type="checkbox"/>				
MA09	Ich habe einmal an einem Treffen einer Selbsthilfegruppe für Alkoholabhängige teilgenommen (z. B. Anonyme Alkoholiker, Blaues Kreuz, Freundeskreis Alkoholabhängiger, Guttempler).				

		Trifft überhaupt nicht zu	Trifft nicht zu	Trifft zu	Trifft genau zu
		1	2	3	4
MA20	Ich habe mich einmal an jemanden um Hilfe gewandt wegen meines Alkoholtrinkens.				
MA21	Ich war vorher bereits einmal in einem Krankenhaus wegen meines Alkoholtrinkens.				
MA22	Ich war vorher bereits einmal Patient in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer psychiatrischen Station, und der Alkohol war Teil der Probleme.				
MA23	Ich war einmal in einer psychiatrischen Einrichtung, einer Beratungsstelle oder bei einem Arzt, Psychologen, Sozialarbeiter oder Geistlichem mit Problemen, bei denen der Alkoholkonsum eine Rolle spielte.				
SA13	In einer schweren Trinkperiode trank ich mehr als eine Viertel Flasche Schnaps pro Tag (4 Doppelte oder eine Flasche Wein oder mehr als 4 halbe Liter Bier).				
SA14	In einer schweren Trinkperiode trank ich mehr als eine halbe Flasche Schnaps pro Tag (oder 2 Flaschen Wein oder mehr als 8 halbe Liter Bier).				
SA15	In einer schweren Trinkperiode trank ich mehr als eine Flasche Schnaps pro Tag (oder 4 Flaschen Wein, oder mehr als 15 halbe Liter Bier).				
SA16	In einer schweren Trinkperiode trank ich mehr als 2 Flaschen Schnaps pro Tag (oder 8 Flaschen Wein, oder mehr als 30 halbe Liter Bier).				
MA10	Ich bin in eine Schlägerei geraten, als ich getrunken hatte.				
MA24	Ich bin wegen Trunkenheit in Haft gewesen (für einige Stunden oder mehr).				
MA25	Bei mir ist Trunkenheit am Steuer oder Autofahren nach Alkoholkonsum der Polizei bekannt geworden.				

ANHANG - C

**Merkmalskatalog chronisch mehrfach
geschädigte Abhängigkeitskranke**

(Pilotphase)

Nr.:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Nummer wird vom Projekt vergeben)

(Adrema)

I. SOZIALE SITUATION

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| 1. Zum Zeitpunkt der Aufnahme keine eigene Wohnung, d.h. obdachlos, Wohnen im Heim oder anderen Institutionen oder weniger als 3 Monate in der Wohnung eines Freundes / Freundin oder Bekannten; (heißt wohnt <u>nicht</u> zur Mieta, zur Untermiete oder bei Angehörigen) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |
| 2. Zum Zeitpunkt der Aufnahme länger als 1 Jahr ununterbrochen arbeitslos (Dauer:.....) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |
| 3. Zum Zeitpunkt der Aufnahme alleinstehend/ohne feste Partnerschaft (gilt auch für Nichtgeschiedene, aber Getrenntlebende) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |
| 4. In den 3 Monaten vor der Aufnahme Sicherung des Lebensunterhaltes durch Sozialhilfe (HLU) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |
| 5. In den 3 Monaten vor der Aufnahme Sicherung des Lebensunterhaltes durch Erwerbsunfähigkeitsrente | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |
| 6. Zum Zeitpunkt der Aufnahme unter gesetzlicher Betreuung (Vormundschaft, Pflegschaft) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |
| 7. Straftaten in Zusammenhang mit Alkohol in den letzten 2 Jahren (Anzahl :) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |

II. BEHANDLUNGS-VORGESCHICHTE

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| 8. Insgesamt mindestens 10 Entgiftungsbehandlungen (hier, in anderen psychiatrischen oder Allgemeinkrankenhäusern) (Anzahl:.....) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |
| 9. Kumulierte Behandlungsdauer in psychiatrischen Krankenhäusern länger als 1 Jahr/52 Wochen (<u>ohne</u> Allgemeinkrankenhaus) (Dauer:.....) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |
| 10. Gegenwärtige oder frühere Heimunterbringung (Hilfe zur Pflege: §68 BSHG, Eingliederungshilfe für Behinderte: die §§39/40 BSHG, Hilfe für Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten: §72 BSHG) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bisher mindestens eine Krankenhauseinweisung mit richterlichem Beschluß (aufgrund PsychKG oder vergleichbare gesetzliche Grundlage) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |

III. PSYCHIATRISCH-NEUROLOGISCHE BEFUNDE

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| 12. Chronische alkoholbedingte Psychose (ICD 291.1, 291.2, 291.3, 291.5, 291.9) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ausgeprägtes Delir (nicht Prädelir, pathologischer Rausch) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |
| 14. Gleichgewichts- und/oder Gangstörungen (nüchtern) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |
| 15. Entzugskrampfanfälle, aktuell oder in der Vorgeschichte (unmittelbarer Zusammenhang mit Reduktion oder Absetzen des Alkoholkonsums obligatorisch) | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |

IV. SOMATISCHER BEFUND

- | | | |
|------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| 16. Alkoholbedingte chronische Lebererkrankung | JA / NEIN | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------|-----------|--------------------------|

**Klinische Beurteilung chronisch
mehrfach geschädigter
Abhängigkeitskranker**

(Pilotphase)

Nr.:
(Nummer wird vom Projekt vergeben)

(Adrema)

18. Chronisch mehrfach geschädigt alkoholabhängig

JA / NEIN

☐

Kurze Erläuterung:

Datum:
Bearbeiterin:
Station:

.....
Frau Dr. Rüter.....
.....

ANHANG - D

**Merkmalskatalog zum Screening
chronisch mehrfach geschädigter
Alkoholabhängiger**

Erhebungsdatum:
Institution:
BearbeiterIn:
Code - Nr.: ☐ ☐
Familienname Vorname
Geburtsjahr:
Geschlecht: weiblich ☐ männlich ☐

I. SOZIALE SITUATION

1. Zum Zeitpunkt der Beratung/Behandlung alleinstehend/ohne feste Partnerschaft (gilt auch für Nichtgeschiedene, aber Getrenntlebende). JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
2. In den 3 Monaten vor der Beratung/Behandlung Sicherung des Lebensunterhaltes durch Sozialhilfe (HLU). JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
3. Innerhalb des vergangenen Jahres ununterbrochen arbeitslos (mindestens 52 Wochen). JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
4. Zum Zeitpunkt der Beratung/Behandlung obdachlos (d.h. ohne eigene Mietwohnung/ ohne Untermietverhältnis oder Wohnen bei Angehörigen; Wohnen im Heim oder anderen Institutionen oder weniger als 3 Monate in der Wohnung eines Freundes/ Freundin oder Bekannten). JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
5. Ein- oder mehrmaliger Verlust des Führerscheins wegen Trunkenheit am Steuer aktuell oder in der Vorgeschichte. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐

II. BEHANDLUNGS-VORGESCHICHTE

6. In der Vorgeschichte insgesamt mindestens 6 Entgiftungsbehandlungen in einem psychiatrischen oder einem Allgemeinkrankenhaus. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
7. Mindestens eine Entwöhnungsbehandlung in der Vorgeschichte (Therapieabbrüche eingeschlossen). JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
8. Mindestens eine Krankenhauseinweisung mit richterlichem Beschluß aktuell oder in der Vorgeschichte. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
9. Unter gesetzlicher Betreuung (Vormundschaft, Pflegschaft) aktuell oder in der Vorgeschichte. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
10. Heimunterbringung (Eingliederungshilfe für Behinderte: §§39/40 BSHG, Hilfe zur Pflege: §68 BSHG, Hilfe für Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten: §72 BSHG) aktuell oder in der Vorgeschichte. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐

Code - Nr.:

☐ ☐ ☐ ☐
 Familienname Vorname

III. PSYCHIATRISCH-NEUROLOGISCHE BEFUNDE

11. Delir jetzt oder in der Vorgeschichte. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
12. Entzugskrämpfe (in unmittelbarem Zusammenhang mit Reduktion oder Absetzen des Alkoholkonsums) aktuell oder in der Vorgeschichte. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
13. Korsakow-Psychose (oder andere chronische organische alkoholbedingte Psychosen) jetzt oder in der Vorgeschichte. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
14. Polyneuropathie (Gang- und Sensibilitätsstörungen der unteren Extremitäten) jetzt oder in der Vorgeschichte. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
15. Suizidversuch jetzt oder in der Vorgeschichte. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐

IV. SOMATISCHER BEFUND

16. Alkoholbedingte Leberzirrhose (klinische Zeichen: Vergrößerung von Leber, Haut pergamentartig dünn, Gefäßsternchen [spider naevi], glatte Lackzunge; Laborwert: Gerinnungsfaktoren [Thrombozyten- und Quick-Werte] erniedrigt) jetzt oder in der Vorgeschichte. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
17. Magenulcus (Magengeschwür, mit und ohne Magenresektion) aktuell oder in der Vorgeschichte. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
18. Alkoholbedingte chronische Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung) aktuell oder in der Vorgeschichte. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐
19. Schwere Unfallverletzungen (alkoholbedingt) aktuell oder in der Vorgeschichte. JA ☐ NEIN ☐
UNBEKANNT ☐

Klinische Beurteilung**chronisch mehrfach geschädigter****Alkoholabhängiger***Code - Nr.:*☐ ☐

Familiennam

☐ ☐

Vorname

20. Chronisch mehrfach geschädigt alkoholkrank.

JA ☐ NEIN ☐

Kurze Erläuterung:

Erhebungsdatum:
Institution:
BearbeiterIn:
Code - Nr.: ☐ ☐
Familienname Vorname
Geburtsjahr:
Geschlecht: weiblich männlich

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Zum Zeitpunkt der Beratung/Behandlung <u>alleinstehend/ohne feste Partnerschaft</u> (gilt auch für Nichtgeschiedene, aber Getrenntlebende). | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
UNBEKANNT <input type="checkbox"/> |
| 2. In den 3 Monaten vor der Beratung/Behandlung Sicherung des Lebensunterhaltes durch <u>Sozialhilfe</u> (HLU). | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
UNBEKANNT <input type="checkbox"/> |
| 3. Innerhalb des vergangenen Jahres <u>ununterbrochen arbeitslos</u> (mindestens 52 Wochen). | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
UNBEKANNT <input type="checkbox"/> |
| 4. Zum Zeitpunkt der Beratung/Behandlung <u>obdachlos</u> (d.h. ohne eigene Mietwohnung/ ohne Untermietverhältnis oder Wohnen bei Angehörigen; Wohnen im Heim oder anderen Institutionen oder weniger als 3 Monate in der Wohnung eines Freundes/ Freundin oder Bekannten). | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
UNBEKANNT <input type="checkbox"/> |

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. In der Vorgeschichte insgesamt mindestens <u>6 Entgiftungsbehandlungen</u> in einem psychiatrischen oder einem Allgemeinkrankenhaus. | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
UNBEKANNT <input type="checkbox"/> |
| 6. Mindestens eine Krankenhauseinweisung mit <u>richterlichem Beschluß</u> aktuell oder in der Vorgeschichte. | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
UNBEKANNT <input type="checkbox"/> |
| 7. Unter <u>gesetzlicher Betreuung</u> (Vormundschaft, Pflegschaft) aktuell oder in der Vorgeschichte. | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
UNBEKANNT <input type="checkbox"/> |
| 8. <u>Heimunterbringung</u> (Eingliederungshilfe für Behinderte: §§39/40 BSHG, Hilfe zur Pflege: §68 BSHG, Hilfe für Personen in besonderen sozialen Schwierigkeiten: §72 BSHG) aktuell oder in der Vorgeschichte. | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
UNBEKANNT <input type="checkbox"/> |

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9. <u>Delir</u> jetzt oder in der Vorgeschichte. | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
UNBEKANNT <input type="checkbox"/> |
| 10. <u>Korsakow-Psychose</u> (oder andere chronische organische alkoholbedingte Psychosen) jetzt oder in der Vorgeschichte. | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
UNBEKANNT <input type="checkbox"/> |
| 11. <u>Polyneuropathie</u> (Gang- und Sensibilitätsstörungen der unteren Extremitäten) jetzt oder in der Vorgeschichte. | JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
UNBEKANNT <input type="checkbox"/> |

LEBENS LAUF

Name : Thomas Hilge
 geboren : 23.08.1958 in Duisburg
 Familienstand : ledig
 Wohnort : Hermsdorfer Damm 226, 13467 Berlin

Werdegang

1965 - 1968 : Städtische Gemeinschaftsschule Rheinhausen
 1968 - 1977 : Gymnasium Arnoldinum Burgsteinfurt
 WS 1977/78 : Studium der Volkswirtschaftslehre, Universität Münster
 1978 - 1979 : Zivildienst auf der Spastikerabteilung der Orthopädischen Universitätsklinik Münster

 WS 1980/81 - SS 1981 : Studium der Psychologie, Universität Würzburg
 WS 1981/82 - SS 1988 : Studium der Psychologie, Universität Hamburg
 Schwerpunkt: Klinische Psychologie
 Thema der Diplomarbeit: *Utilitaristische Trinkmotive und Therapieentscheidung*. Untersuchung von Alkoholkranken der Psychotherapiestation der Psychiatrischen Universitätsklinik Eppendorf/Hamburg

 Mai 1989 - Sept. 1990 : wissenschaftlicher Mitarbeiter des Projektes *Psychose und Sucht* der Psychiatrischen Universitätsklinik Eppendorf/Hamburg

 Sept. 1990 - Feb. 1991 : halbjähriger Forschungsaufenthalt an der *Treatment Research Unit* des Fachbereiches Psychiatrie der *University of Pennsylvania/Philadelphia, USA*

 März 1991 - Aug. 1991 : ohne Anstellung
 Sept. 1991 - Aug. 1992 : Weiterbildung zum Suchttherapeuten am *Institut für sozialpädagogische berufliche Bildung (ISBB)*/Lüneburg; im Rahmen dieser Weiterbildung viermonatige Hospitation bei Herrn Dr. Kielstein an der *Tagesklinik für Abhängigkeitsprobleme* in Magdeburg

 Sept. 1992 - Okt. 1993 : wissenschaftlicher Mitarbeiter des *Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health* der *Universität Bielefeld* in einem Projekt zur *kommunalen Versorgung chronisch mehrfach geschädigter Alkoholabhängiger*

 Nov. 1993 - Dez. 1997 : Leiter des Sozial- und Beratungsdienstes des Studentenwerks Magdeburg
 Seit Januar 1998 : Bezugstherapeut der Salus Klinik Lindow

Veröffentlichungen

: Hilge, T. & Schwoon, D.R. *Trinkmotive und Therapieentscheidung*. Suchtgefahren, 36, 151-165 (1990).
 Wagner, H.B., Schwoon, D.R., Krausz, M., Hilge, T. *Alkoholismus und Psychose*. In: Schwoon, D.R. & Krausz, M. (Hrsg.) *Psychose und Sucht*. Lambertus, Freiburg (1992), S. 105 - 124.
 Hilge, T. *Über den Versuch, ein kommunales Suchtversorgungssystem zu erfassen*. Vortrag auf der DHS-Fachkonferenz SUCHT '94 am 08.11.1994 in Osnabrück.